

Maija Ritamo (toim.)

VIII Terve Kunta -päivät 26.-27.1.2005

Aiheita 4/2005

VIII Terve Kunta -päivät Paasitorni, Helsinki

Keskiviikko 26.1.2005

Puheenjohtaja: Tutkimusprofessori Matti Rimpelä, Stakes

10.00 -12.00 **RIITTÄÄKÖ TIETO-OHJAUS HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN KUNNISSA?**

- Sosiaalineuvos Martti Lähteinen, STM
- Dosentti Pekka Kettunen, Hanken
- Professori Lasse Oulasvirta, Tampereen yliopisto

12.00- 13.30 Lounastauko ja näyttelyyn tutustuminen

13.30- 15.15 **Rinnakkaisohjelmat**

- | | |
|----------|---|
| A | Mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämisessä?
(Matti Rimpelä, Stakes) |
| B | Terveyserojen kaventaminen kunnassa
(Kristiina Poikajärvi, Stakes) |
| C | Indikaattoreita kuntien hyvinvointistrategian suunnitteluun ja päätöksentekoon
(Nina Knape, Stakes) |
| D | Uudistuva lastenneuvola ja perhepalveluverkoston rakentaminen
(Marjaana Pelkonen, STM) |
| E | Riittääkö tieto-ohjaus ehkäisevän päihdetyön laadun ta-
keeksi?
(Markku Soikkeli, Stakes) |
| F | Vertailukehittäminen vanhustenhuollon tieto-ohjauksessa
(Anja Noro, Stakes) |
| G | Elämänhallintaa karieksen ehkäisyyn -ammattilaisten pa-
nosta väestön hammassairauksien hoitoon
(Eeva Widström, Stakes) |

15.15- 15.45 T a u k o

Puheenjohtaja: Kansanedustaja Maija Perho, eduskunta

15.45 -17.15 **MITEN HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN TOTEUTUU KUNNISSA?** - hyvinvointijohtaminen puntarissa

Selvitysten perusteella

- Kehittämispäällikkö Kerttu Perttilä, Stakes

Oulussa

- Sosiaali- ja terveystoimen johtaja Jari Mäki-Runsas, Oulun kaupunki

Kuusiokunnissa

- Kehittämispäällikkö Tero Järvinen, Alavudenseudun thky

Torstai 27.1.2005

Puheenjohtaja: Ylilääkäri Eero Lahtinen, STM

9.00- 11.00 TYÖKALUJA JA MENETELMIÄ HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

Tieto päätöksenteon perustana

- Kehittämispäällikkö Kerttu Perttilä

SOTKANet-indikaattoripankki ja Terveys 2015 -indikaattorit

- Kehittämispäällikkö Nina Knape, Stakes

Vaikutusten arviointi ennakkoon

- Projektipäällikkö Tapani Kauppinen, Stakes

Aluekeskusohjelman avulla strategiasta käytäntöön

- Erikoistutkija Janne Antikainen, SM

Kuntakyselyn tuloksia

- projektipäällikkö Kristiina Poikajärvi, Stakes

Ammattikorkeakouluyhteistyö: selvityksiä, koulutusta, verkostoja

- Koulutus-päällikkö Leena Liimatainen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Lattilan virtuaalikunnan toimintaa

- tutkija-kehittäjä Katri Ryttyläinen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

11.00-12.00 Lounastauko ja näyttelyyn tutustuminen

12.00 -13.30 Rinnakkaisohjelmat

H	Kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteet (Kerttu Perttilä, Stakes)
I	Osaamista kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen (Kristiina Poikajärvi, Stakes)
J	Laatua terveyden edistämiseen (Eeva Sahlman, Stakes)
K	Noudattavatko sosiaaliset ongelmat kuntarajoja? (Jouko Karjalainen, Stakes)
L	Kasvatus tulevaisuuteen -yhteisöllisyyttä Lempäälän malliin (Pirjo Salminen, Kuntaliitto)
M	Kouluyhteisön hyvinvointi -tukea yhteistyöstä (Minna Räsänen, Stakes)
N	Ylös, ulos ja lenkille -vanhukset kuntopolulla (Marja Kurenniemi, Stakes)

13.30-14.00 Tauko

Puheenjohtaja: Tulosaluejohtaja Sirpa Taskinen, Stakes

14.00- 15.00 PIENIN MUUTOKSIN SUURIIN SÄÄSTÖIHIN

- Terveystaloustieteen professori Harri Sintonen, Helsingin yliopisto ja FinOHTA

15.00- 15.30 PUHETTA PAREMMINVOINTIYHTEISKUNNASTA

- Tohtori Pentti Arajärvi

Hyvät VIII Terve Kunta -päivien osallistujat!

Uudet kunnanvaltuustot ovat aloittamassa nelivuotiskauttaan. Valtuutettujen yhteisenä tehtävä on varmistaa kunnan ja kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edellytykset. Mikä ohjaa valtuustojen hyvinvointipoliittisia ratkaisuja? Kunnat ovat itsenäisiä toimijoita, mutta joutuvat ottamaan omissa päätöksissään huomioon valtakunnalliset tavoitteet. Valtiovalta ohjaa kuntien hyvinvointipoliittikkaa tieto-ohjauksen keinoin. Ohjauksen oikeutus tulee kansalaisten perusoikeuksista, yhdenvertaisuudesta, tasa-arvosta ja oikeudenmukaisuudesta. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden periaate eivät ole toteutuneet parhaalla mahdollisella tavalla. Alueelliset ja sosioekonomiset terveyserot ovat kasvamassa eikä hyvinvointipalvelujen saatavuuden ja käytön vaihteluja selitä palvelujen tarpeet.

Onko kansallinen tieto-ohjaus riittävää ohjaamaan paikallisia hyvinvointipoliittisia päätöksiä, joihin vaikuttavat myös kuntalaisten odotukset, ammattiryhmien ja eri hallinnonalojen näkemykset, poliittiset voimasuhteet ja kaupalliset intressit sekä ulkoa tulevat kansainväliset paineet. Valtion tieto-ohjaus on painottunut viime vuosina ohjelmaohjaukseen ja ohjelmien toimeenpanoa tukevaan resurssiohjaukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon hankevaltionavustusjärjestelmällä edistetään kohdennetusti kansallisen terveyshankkeen ja sosiaalialan hankkeen tavoitteita. Lainsäädännön ja ohjelmaohjauksen rinnalla käytettyjä ohjauksen muotoja ovat laatusuositukset, jotka ovat eräänlainen kuntalaisen oikeuksien turvaamisen ja palvelutason määrittelyn välimuoto. Myös terveyden edistämisestä ollaan valmistelemassa laatusuosituksia tavoitteena kuvata kuntien toiminnan kannalta yhtäläisiä hyvinvointijohtamisen ja terveyttä edistävän toiminnan ratkaisuja.

Hyvinvointipalvelujen ja terveyden edistämisen johtamista selvitettiin opetusministeriön asettamassa työryhmässä, joka jätti raporttinsa viime vuoden lopulla. Työryhmän tehtävänä oli valmistella ehdotus sosiaali- ja terveysalan moniammatillisesta koulutuksesta niin, että koulutus antaa valmiudet muun muassa sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteiden toimeenpanosta ja väestön terveyden edistämisestä. Työryhmän ehdotuksessa esitettiin, että johtamiskoulutus järjestetään jatkumona, joka alkaa perustutkinnosta ja etenee jatkotutkintoihin sisällytettävän koulutuksen jälkeen täydennyskoulutuksena aina 60 opintoviikon laajuisiin opintoihin saakka. Johtamiskoulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota johtajien kykyyn implementoida terveystieteellisiä tavoitteita, juurruttaa strategioita, sovittaa yhteen palveluita, parantaa toiminnan vaikuttavuutta sekä kehittää toiminnan asiakaslähtöisyyttä. Johtamisosaamisen sisällöissä korostuvat tulevaisuudessa myös muutosten hallinta, moniammatillisten ja tehtäväjaoiltaan uudistuneiden ammattiryhmien sekä pitkälle erikoistuneiden osaamisen johtaminen.

Hyvinvointipalvelujen ja terveyden edistämisen johtamisen muodot uudistuvat; tulosvastuu, tuotteistaminen, kilpailuttaminen ja sopimusohjaus tulevat osaksi käytäntöä. Tulevaisuudessa palveluiden laadun ja saatavuuden kehittäminen edellyttää sektoreiden aiempaa tiiviimpää yhteistoimintaa myös kuntarajat ylittäen. Tehtäväkohtaiset seudulliset sopimukset ja yhteistyö asettavat uudenlaisia koulutustarpeita ja osaamisen johtamisen vaatimuksia. Kuntakohtaisen hyvinvointitiedon, sen tulkinnan sekä strategisten tavoitteiden toteutumisen seuranta ja arviointi saavat kasvavan merkityksen.

Terve Kunta -päivillä käsitellään kuntien hyvinvointipoliittikan ohjausta ja toteutumista rakenteiden, johtamisen ja työvälineiden näkökulmasta. Hyvinvointijohtamisen ydinkäsitteitä ovat myös taloudellisuus ja tuloksellisuus. Mitkä ovat tehokkuuden avaimet ja miltä näyttää paremmintyhteiskunta? Teoreettiset tarkastelut muotoillaan käytännön esimerkeiksi rinnakkaisohjelmissa ja posterinäyttelyssä.

Tervetuloa VIII Terve Kunta -päiville!

Kuntien hyvinvointistrategiaryhmä, Stakes

RINNAKKAISOHJELMAT

Keskiviikko 26.1.2005

A Mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämiseksi?

Vastuuhenkilö: Matti Rimpelä, Stakes

B Terveystietojen kartoittaminen kunnassa

Puheenjohtaja: Kristiina Poikajärvi, Stakes

- Väestöryhmien väliset terveyserot ja niiden kartoittaminen
Ylilääkäri Seppo Koskinen, KTL
- Miten terveystietojen kartoittaminen ymmärretään kunnassa?
Erikoistutkija Marita Sihto, Stakes
- Mitä kunnassa/seutukunnassa tulisi ottaa huomioon,
kun terveystietoja halutaan kartoittaa?
Peruspalvelujohtaja Maire Ahopelto, Utajärvi

C Indikaattoreita kuntien hyvinvointistrategian suunnitteluun ja päätöksentekoon

Puheenjohtaja: Nina Knape, Stakes

- Indikaattoripankin yleisesittely
Kehittämispäällikkö Nina Knape
- Esimerkkejä Hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreista ja niiden tulkinnasta
Kehittämispäällikkö Esa Arajärvi, Stakes
- Esimerkkejä Kuntaterveyden perustaulukot -hankkeen indikaattoreista ja tulkinnasta
Kehittämispäällikkö Marja Niemi, Stakes

D Uudistuva lastenneuvola ja perhepalveluverkoston rakentaminen

Vastuuhenkilö: Marjaana Pelkonen, STM

- Päätöksentekijän vastuu neuvolatoiminnasta uuden lastenneuvolaoppaan linjauksissa
Ylitarkastaja Marjaana Pelkonen, STM
- Mitä neuvolatoiminnalle kuuluu? - valtakunnallisen selvityksen tuloksia
Projektipäällikkö Tuovi Hakulinen-Viitanen, Kuopion yliopiston neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus
- Neuvolatoiminnan kehittämisen malli
Apulaisylilääkäri Lars Rosenberg, Porvoo

E Riittääkö tieto-ohjaus ehkäisevän päihdetyön laadun takeeksi?

Puheenjohtaja: Saini Mustalampi, Stakes

- *Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit -hanke*
Kehittämispäällikkö Saini Mustalampi, Stakes
- *Ehkäisevän päihdetyön kehittäjäverkosto - teoriasta käytäntöön verkkokurssin keinoin*
Suunnittelijat Pia Romppanen ja Arja-Leena Saunio, Stakes
- *Mistä verkkokurssi-prosessissa oli kyse?*
Erikoissairaanhoitaja Päivi Kaarto, Nivalan A-klinikka

F Vertailukehittäminen vanhustenhuollon tieto-ohjauksessa

Puheenjohtaja: Anja Noro, Stakes

- *RAI-järjestelmä vanhustenhuollon jatkuvan seuranta- ja arviointitiedon tuottajana*
Erikoistutkija Harriet Finne-Soveri, Stakes
- *Mihin palautetietoa voi käyttää - osallistujan näkökulma*
Vanhuspalvelujohtaja Arja Peiponen, Helsingin sosiaalivirasto
- *Pitkäaikaishoidon yksikköjen vertailu ja parhaista käytännöistä oppiminen*
Erikoistutkija Anja Noro, Stakes

G Elämänhallintaa kariksen ehkäisyyn - ammattilaisten työpanos väestön hammassairauksien hoitoon

Vastuuhenkilö: Eeva Widström, Stakes

- *Hammashoitouudistus muutosgeneraattorina*
Ylilääkäri Eeva Widström, Stakes
- *Hampaiden reikiintymisen ehkäiseminen ei ole suun terveydenhuollon yksinoikeus*
Professori Hannu Hausen, Oulu
- *Lähihoitaja lähellä ihmistä - suun hoidon huomioiminen lähihoitajan koulutuksessa*
Rehtori Maarit Kuosa, Lahden sosiaali- ja terveysalan oppilaitos

RINNAKKAISOHJELMAT

Torstai 27.1.2005

H Kunnan hyvinvointijohtamisen rakenteet

Puheenjohtaja: Kerttu Perttilä, Stakes

- *TEJO - terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen*
Kehittämispäällikkö Kerttu Perttilä, Stakes
- *Hyvinvointikertomus päätöksenteon työvälineenä kunnassa*
Kaupunginjohtaja Matti Rasila, Salo ja
koulutuspäällikkö Ulla Wiirilinna, Turun amk/Salon yksikkö
- *Ennakoarvioinnilla vaihtoehtoja päätöksentekoon*
Ylihoitaja Pirkko Vuorinen, Korpilahden-Muuramen thky
- *Ammattikorkeakoulut kuntien hyvinvointiosaamisen vahvistajana*
Lehtori Margit Päätaalo ja yliopettaja Hilikka Yrjänäinen, Oulun seudun amk

I Osaamista kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen

Vastuuhenkilö: Kristiina Poikajärvi, Stakes

- *Millaista osaamista kunnassa tarvitaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi?*
Kunnanjohtaja Leila Pekkanen ja
kunnanhallituksen puheenjohtaja Kuisma Kujala, Lehtimäen kunta
- *Valtuustot vaihtuvat - Lattilasta koulutusta luottamushenkilöille*
Tutkija-kehittäjä Katri Ryttyläinen, Jyväskylän amk
- *Tuottavatko ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot lisää hyvinvointia kuntalaisille?*
Koulutuspäällikkö Leena Liimatainen, Jyväskylän amk

J Laatu terveyden edistämiseen

Puheenjohtaja: Eeva Sahlman, Stakes

- *Terveyden edistämisen laatusuosituksen valmistelu tilanne*
Projektipäällikkö Eeva Sahlman
- *Toimet, joilla kunta edistää asukkaidensa terveyttä*
Lääkäri Kristiina Patja, KTL
- *Terveyden edistämistä yhteisvoimin kunnissa*
Kehityspäällikkö Ritva Larjomaa, Kuntaliitto

K

Noudattavatko sosiaaliset ongelmat kuntarajoja?

Puheenjohtaja: Jouko Karjalainen, Stakes

- *Teemaan johdattelee*
Dosentti Matti Kortteinen, Stakes
- *Keskustelijoina:*
Professori Mari Vaattovaara, Helsingin yliopisto,
selvitysmies Jussi-Pekka Alanen, sisäministeriö ja
erityisasiantuntija Peter Fredriksson, ympäristöministeriö

L

Kasvatus tulevaisuuteen - yhteisöllisyyttä Lempäälän malliin

Vastuuhenkilö: Pirjo Salminen, Suomen Kuntaliitto

- *Sessiossa esitellään kasvatusyhteistyön satoa ja perehdytään Lempäälän yhteisöllisiin kumppanuus-käytäntöihin "vauvasta vaariin". Sessiossa pohditaan myös sitä, mikä synnyttää yhteisöllisyyttä ja mikä estää, riittääkö pelkkä yhteistyö, entä yhteishenki ja voiko yhteisöllisyyttä juurruttaa.*
Projektivastaava Risto Tuominen, Lempäälä ja
projektivastaava Pirjo Salminen, Suomen Kuntaliitto

M

Kouluyhteisön hyvinvointi - tukea yhteistyöstä

Puheenjohtaja: Minna Räsänen, Stakes

- *Kouluterveyskyselyn tuloksista terveyttä edistävään toimintaan*
Erikoistutkija Minna Räsänen
- *Kouluterveystiedosta toimintaan -pilotti*
Lehtori Mikko Häkkinen, Pohjois-Karjalan amk
- *Kokemuksia yhteistyöstä*
Projektipäällikkö Tiina Tervaskanto-Mäentausta,
Oulun seudun amk
- *Kommenttipuheenvuoro*
Terveystieteiden tutkimuskeskus Tuula Kuha, Kirkkonummen terveyskeskus

N

Ylös, ulos ja lenkille - vanhukset kuntopolulla

Vastuuhenkilö: Marja Kurenniemi, Stakes

- *Liikunnan merkitys toimintakyvyn ylläpitämisessä*
Toimialapäällikkö Elina Karvinen, Ikäinstituutti
- *Miten me sen teimme, Suursuon vanhusten polku*
Projektinjohtaja Anne Tanhuanpää, Helsingin kaupunki
- *Kuntopolku kuntoutuksen välineenä - kokemuksia Kangasalan Riku-reitiltä*
Toimintaterapeutti Maritta Järvinen,
Reumaliiton kuntoutuskeskus, Kangasala
- *Ikääntyvien liikunnan edistäminen*
Ylitarkastaja Heidi Paatero,
STM/Terveystieteiden tutkimuskeskus liikunnan neuvottelukunta

Sisällys

ESITELMÄT	13
Riittääkö tieto-ohjaus hyvinvoinnin edistämiseen kunnissa?	13
<i>Martti Lähteinen</i>	<i>13</i>
<i>Pekka Kettunen</i>	<i>14</i>
<i>Lasse Oulasvirta</i>	<i>17</i>
Miten hyvinvoinnin edistäminen toteutuu kunnissa - rakenteet ja johtaminen puntarissa	20
<i>Kerttu Perttilä: Selvitysten perusteella.....</i>	<i>20</i>
<i>Jari Mäki-Runsas: Miten hyvinvoinnin edistäminen toteutuu Oulussa?</i>	<i>25</i>
<i>Tero Järvinen: Miten hyvinvoinnin edistäminen tapahtuu Kuusiokunnissa</i>	<i>27</i>
Työkaluja ja menetelmiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.....	28
<i>Kerttu Perttilä: Tieto päätöksenteon perustana</i>	<i>28</i>
<i>Nina Knappe: SOTKANet -indikaattoripankki ja Terveys 2015 -indikaattorit</i>	<i>29</i>
<i>Tapani Kauppinen & Kirsi Nelimarkka: Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen työkalu</i>	<i>30</i>
<i>Janne Antikainen: Aluekeskusohjelman avulla strategiasta käytäntöön.....</i>	<i>31</i>
<i>Kristiina Poikajärvi: Kuntakyselyn tuloksia</i>	<i>35</i>
<i>Leena Liimatainen: Ammattikorkeakouluyhteistyö: vahvaa osaamista, selvityksiä, koulutusta, verkostoja.....</i>	<i>36</i>
Puhetta paremminvointiyhteiskunnasta.....	38
<i>Pentti Arajärvi</i>	<i>38</i>
RINNAKKAISOHJELMIEN ESITELMÄT.....	42
A Mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämisessä?	42
<i>Matti Rimpelä</i>	<i>42</i>
B Terveyserojen kaventaminen kunnassa	45
<i>Seppo Koskinen: Väestöryhmien väliset terveyserot ja niiden kaventaminen</i>	<i>45</i>
<i>Maire Ahopelto: Mitä kunnissa/seutukunnissa tulisi ottaa huomioon, kun terveyseroja halutaan kaventaa?</i>	<i>49</i>
C Indikaattoreita kuntien hyvinvointistrategian suunnitteluun ja pätöksentekoon.....	50
<i>Nina Knappe: Indikaattoreita kuntien hyvinvointistrategian suunnitteluun ja pätöksentekoon</i>	<i>50</i>
<i>Esa Arajärvi: Esimerkkejä hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreista ja niiden tulkinnasta .</i>	<i>51</i>
<i>Marja Niemi: Esimerkkejä kuntaterveyden perustaulukot -hankkeen indikaattoreista ja tulkinnasta</i>	<i>52</i>
D Uudistuva lastenneuvola ja perhepalveluverkoston rakentaminen	53
<i>Marjaana Pelkonen: Päätöksentekijän vastuu neuvolatoiminnasta uuden lastenneuvolaoppaan linjauksissa</i>	<i>53</i>

<i>Tuovi Hakulinen-Viitanen: Mitä neuvolatoiminnalle kuuluu? Valtakunnallisen selvityksen tuloksia.....</i>	<i>55</i>
<i>Lars Rosenberg: Neuvolatoiminnan kehittämismalli Porvoossa</i>	<i>56</i>
E Riittääkö tieto-ohjaus ehkäisevän päihdetyön laadun takeeksi?	57
<i>Saini Mustalampi & Markku Soikkeli: Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit -hanke.....</i>	<i>57</i>
<i>Pia Romppainen & Arja-Leena Saunio: Ehkäisevän päihdetyön kehittäjäverkosto teoriasta käytäntöön verkkokurssin keinoin</i>	<i>58</i>
<i>Päivi Kaarto: Kehittäjäverkoston kokemuksia prosessista</i>	<i>59</i>
F Vertailukehittäminen vanhustenhuollon tieto-ohjauksessa	60
G Elämänhallintaa karieksen ehkäisyyn - ammattilaisten työpanos väestön hammassairauksien hoitoon	60
<i>Eeva Widström: Hammashoitouudistus muutosgeneraattorina</i>	<i>60</i>
<i>Hannu Hausen: Hampaiden reikiintymisen ehkäiseminen ei ole suun terveydenhuollon yksinoikeus.....</i>	<i>61</i>
<i>Maarit Kuosa: Lähihoitaja lähellä ihmistä – suun hoidon huomioiminen lähihoitaja-koulutuksessa.....</i>	<i>63</i>
H Kunnan hyvinvointijohtamisen rakenteet	70
<i>Kerttu Perttilä & Minna Uusitalo & Sari Kautto: Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen (TEJO).....</i>	<i>70</i>
<i>Matti Rasila: Hyvinvointikertomus päätöksenteon työvälineenä kunnassa</i>	<i>71</i>
<i>Ulla Wiirilinna: Ensimmäisen hyvinvointikertomuksen synty Salossa.....</i>	<i>72</i>
<i>Pirkko Vuorinen: Ennakkoarvioinnilla vaihtoehtoja päätöksentekoon.....</i>	<i>73</i>
<i>Margit Päätalo & Hilikka Yrjänäinen: Ammattikorkeakoulut kuntien hyvinvointi-osaamisen vahvistajina</i>	<i>75</i>
I Osaamista kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen	77
<i>Kristiina Poikajärvi: Osaamista kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen</i>	<i>77</i>
<i>Leila Pekkanen: Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen</i>	
<i>Millaista osaamista kunnissa tarvitaan?</i>	<i>78</i>
<i>Leena Liimatainen: Tuottavatko amk-jatkotutkinnot lisää hyvinvointia kuntalaisille?.....</i>	<i>79</i>
<i>Katri Ryttyläinen & Anne Ylönen: Koulutusta ja tukea hyvinvointia koskevaan päätöksentekoon kunnan luottamushenkilöille.....</i>	<i>80</i>
J Laatu terveyden edistämiseen	81
<i>Eeva Sahlman: Laatu terveyden edistämiseen</i>	<i>81</i>
<i>Kristiina Patja: Kunta terveyden edistäjänä: esimerkkinä tupakoimattomuuden edistäminen.....</i>	<i>82</i>
<i>Ritva Larjoma: Terveyden edistämistä yhteisvoimin kunnissa.....</i>	<i>85</i>
K Noudattavatko sosiaaliset ongelmat kuntarajoja?	86
<i>Matti Kortteinen</i>	<i>86</i>
L Kasvatus tulevaisuuteen - yhteisöllisyyttä Lempäälän malliin.....	87
<i>Risto Tuominen: Yhteisöllisyyttä Lempäälän malliin</i>	<i>87</i>
<i>Pirjo Salminen: Kasvatus tulevaisuuteen -hanke 2001-2005</i>	<i>88</i>

M Kouluyhteisön hyvinvointi - tukea yhteistyöstä	89
Minna Räsänen: Kouluterveyskyselyn tuloksista terveyttä edistävään toimintaan.....	89
Mikko Häkkinen & Tiina Tervaskanto-Mäentausta & Leena Sundström: Kouluterveys-	
tiedosta toimintaan –pilotti	91
Tiina Tervaskanto-Mäentausta: Kokemuksia yhteistyöstä	92
Tuula Kuha: Kommentti: "Kouluyhteisön hyvinvointi - tukea yhteistyöstä"	93
 N Ylös, ulos ja lenkille - vanhukset kuntopolulla	95
Elina Karvinen & Ulla Salminen: Ahkera liikkuminen osaksi ikääntyvän ihmisen arkielämää	95
Anne Tanhuanpää: Miten me sen teimme, Suursuon vanhusten polku	96
Maritta Järvinen: Kuntopolku kuntoutuksen välineenä – kokemuksia Kangasalan Riku-	
reiteiltä.....	98
 TIIVISTELMÄT	100
 Kunnat aktiivisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.....	100
Terveys 2015 Kuusiokuntiin	100
TEJO-prosessin i Närpes stad	101
Oulu-TEJO - hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja	
johtaminen Oulussa	102
Hyvinvointikertomus poikkihallinnollisena yhteistyönä Muuramessa ja Keuruulla	
- kaksi erilaista mallia	103
Hyvinvointiohjelma toiminta- ja henkilöstöstrategiaan Kestilässä.....	104
Tieto-ohjaus ja kehittäminen kuntien päihdetyön tukena.....	105
Paikallinen alkoholipolitiikka (PAKKA) hanke	106
 Alueellinen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	107
Terve kunta -verkosto	107
Itämeren alueen kaupunkien terveysprofiili.....	108
Hyvinvointisuunnittelu osana maakuntayhtymän suunnittelu- ja kehittämistoimintaa.....	109
Terve Kuopio -ohjelma.....	110
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen Oulunkaaren seutukunnassa ja Vaalan kunnassa	111
HYVOKE = Hyvinvointiosaamisen kehittäminen Etelä-Savossa	
Savonlinnan osaprojekti	112
HYVOKE = Hyvinvointiosaamisen kehittäminen Etelä-Savossa	
Mikkelin osaprojekti.....	113
Mielenterveytyksen alueellinen verkostotyömalli -hanke.....	114
Arjen mielenterveytysohjeen avulla kunnat ja seurakunnat yhteistyöhön	115
Seudullinen oppilashuollon kehittämishanke.....	116
Alkoholin riskikuluttajien tunnistaminen ja neuvonta.....	117
Savuton elämä – tupakoinnin vieroitusohjelma Pohjois-Karjalassa	118
Suupohjan seutukoordinaattori -hanke.....	119
 Osaamisen vahvistaminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.....	120
IVA-ennakkoarviointi Muuramen kunnan ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun	
yhteistyönä.....	120
Soteosaaja 2000-luvulle projekti	121
Koululaisten terveys ja toimintakyky -hanke.....	122
Hoito- ja toimenpiteet terveyskeskusten kehittämisessä.....	123
Opetusta oppimiseen - Oppiva terveyskeskus -hanke	124
Kouluterveyskyselyn tuloksista toimintaan	125
Nettineuvontahanke	126

TYLLI-hanke: työhyvinvointi luotsaa liikkumaan.....	127
Yhteiskunta tarvitsee seksuaaliterveyden osaajia - asiantuntijaksi kasvamisen koulutus- polku Jyväskylän ammattikorkeakoulussa, seksuaaliterveyden osaamiskeskuksessa	128
Seksuaaliterveyden virtuaaliopinnot.....	129
Tietoa ja menetelmiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen	130
Vaihtoehtojen tarkastelu päätöksenteon apuna.....	130
Kouluterveyskyselyn toteuttaminen vuonna 2004.....	131
Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002	132
Tehoa ehkäisevään mielenterveystyöhön -hanke (2004)	133
Kriisityö ja itsemurhien ehkäisy kunnissa	134
Kansallinen ITSE-hanke apuvälineosaamista ja -palveluja kehittämässä	135
Hankkeita lasten ja nuorten sekä vanhusten terveyden edistämiseen ja kotitapaturmien ehkäisyyn	136
Lasten ravitsemuskasvatus - Salapoliisi Sapere ja KoeKeittiö	136
Kouluterveydenhoitaja avainasemassa ryhtiä tutkittaessa.....	137
Vanhemmuuden voima	138
Yliopisto-opiskelijoiden hyvinvointihanke Kehrä	139
Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle.....	140
Ikäihmisten kuntoutusneuvolan kehittäminen	141
Hissi on halvempi.....	142
Kotitapaturmien ehkäisykampanja - ihmisellä on vain yksi henki.....	143
VIII Terve Kunta -päivien posterinäyttelyyn osallistujat.....	144
Tulevia valtakunnallisia koulutustilaisuuksia	145
Vielä ehtii tehdä ehdotuksen TERVE-SOS-palkinnon saajasta!	147

ESITELMÄT

Riittääkö tieto-ohjaus hyvinvoinnin edistämiseen kunnissa?

Martti Lähteinen: RIITTÄÄKÖ TIETO-OHJAUS HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN KUNNISSA?

Martti Lähteinen, sosiaalineuvos
Sosiaali- ja terveysministeriö
martti.lahteinen@stm.fi

Tieto-ohjauksen merkitystä on mielekästä osana kuntaohjauksen kokonaisuutta. Tuo ohjauksen kokonaisuus on Suomessa muuttunut erittäin merkittävästi viimeisten parinkymmenen vuoden aikana, samoin tieto-ohjauksen toteuttamistavat ja merkitys.

Jos tänä päivänä voi suomalaista sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisjärjestelmää kuvata maailman hajautetuimmaksi, oli tilanne 1970- ja 1980-luvuilla kokonaan toinen. Tuolloin suomalainen hyvinvointijärjestelmä rakennettiin valtion tiukassa ohjauksessa. Rakennustyön tuloksena syntyi palvelujärjestelmä, joka kansainvälisestikin verraten turvasi kansalaisille verraten korkeatasoiset palvelut asuinpaikasta tai sosiaalisesta asemasta riippumatta. Ohjauksen keskeiset elementit olivat lainsäädäntö ja tiukka valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmä valtakunnallisine ja kuntakohtaisine valtion viranomaisen hyväksymine suunnitelmineen. Valtion keskushallinto ohjasi melkoisen tiukasti myös palvelujen käytännön toteuttamistapoja. Keskeisiä sekä tieto- että normiohjauksen elementtejä sisältäviä ohjausvälineitä olivat tuolloin Lääkintöhallituksen ja Sosiaalihallituksen yleiskirjeet.

Tuo tiukka ohjausjärjestelmä purettiin melko radikaalilla tavalla 1990-luvun alkupuolella; siirryttiin laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään ja lainsäädäntöä karsittiin. Usko kuntiin ja kunnalliseen itsehallintoon oli huipussaan. Kuten tunnettua, uudistus ajoittui kuitenkin ongelmalliseen ajankohtaan. Poikkeuksellisen syvä talouden lama pakotti sosiaalimenojen leikkauksiin, joiden seurauksena palvelujen taso ja saatavuus heikkeni ja alueelliset erot lähtivät kasvamaan.

Osin syntyneen tilanteen seurauksena, mutta suurelta osin jo pidempiaikaisena kehityssuuntana, on ollut asiakkaan aseman vahvistaminen eri tavoin. 1970- ja 1980-luvuilla kunta oli ohjauksen keskiössä, mutta vähitellen on asiakas ohjaus vallannut alaa. Ehkä käänteentekeväksi sosiaali- ja terveydenhuollossa voi katsoa lasten päivähoitoa koskevan subjektiivisen oikeuden säätämisen. Tuo oikeus toteutti konkreettisesti periaatteen ”asiakas on aina oikeassa”; viranomaiselle ei jätetty minkäänlaista harkintavaltaa. Samansuuntainen askel on terveydenhuollon puolella piakkoin voimaan tuleva hoitotakuu.

Muutoinkin on palvelujen turvaamiseen kasvavassa määrin pyritty vahvistamalla asiakkaan asemaa; sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon on säädetty potilaan/asiakkaan asemaa koskevat erilliset lait, on otettu käyttöön potilas/sosiaaliasiamiesjärjestelmät, parannettu asiakkaan oikeusturvaa mm. muutoksenhakujärjestelmää tehostamalla jne. Myös esim. palveluohjaustyyppistä työotetta on pyritty edistämään asiakaslähtöisyyden vahvistamiseksi. Niin ikään eräät kunnat ovat kokeilleet ja ottaneet käyttöön palvelusitoumuksia. Hyvän pohjan näille pyrkimyksille on antanut viime vuosikymmenen puolivälissä voimaan tullut perusoikeusuudistus, jossa kansalaisten oikeudet mm. sosiaali- ja terveyspalveluihin on turvattu. Perusoikeusuudistus selkeytti myös julkisen vallan vastuuta peruspalvelujen turvaamisessa; vaikka vastuu palvelujen järjestämisestä on selke-

ästi kunnilla, julkisen vallan vastuu koskee myös valtiota ja antaa selkänöjää valtion ohjaukselle mm. siitä näkökulmasta, että valtion on osaltaan omin toimenpitein vastattava siitä, etteivät kansalaiset joudu sosiaali- ja terveyspalveluiden saamisessa kohtuuttoman eriarvoiseen asemaan asuinpaikastaan riippuen.

Ohjausjärjestelmän voinee sanoa olleen käymistilassa valtionosuusuudistuksen toteuttamisesta lähtien. Jo uudistusta valmisteltaessa ja sen eduskuntakäsittelyssä oli selvästi esillä vahva huoli siitä, että erityisesti pienten erityisryhmien palvelujen turvaaminen tulee muodostumaan ongelmalliseksi. Pienille kunnille asetettiin kohtuuttomia velvoitteita. Tilannetta pahensi kuntayhteistyön laman seurauksena tapahtunut purkaminen. Myöskään nuorella Stakesilla ei ollut vastaavaa valtakunnallista ohjausroolia kuin edesmenneillä Sosiaali- ja Lääkintöhallituksilla. Kevennetty Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen suunnitelma, tuttavallisemmin Valsu, ja sen seuraaja Tato, edustivat melko puhdasta informaatio-ohjausta, joiden vaikutus kuntien toimintaan ja palvelujen turvaamiseen jäi melko etäiseksi.

Uudentyyppisen tieto-ohjauksen piirteitä on sisältynyt useista sosiaali- ja terveydenhuollon alueista valmisteltuihin laatusuosituksiin; niitä on keskushallinto valmistellut vuorovaikutuksessa käytännön kentän eri toimijoita edustavien tahojen kanssa. Laatusuosituksia voi nähdä modernimpana versiona entisten keskusvirastojen yleiskirjeistä. Vielä vahvempi tieto-ohjausote on Käypä hoito/Hyvät käytännöt järjestelmillä, joissa keskeinen elementti on tieteen pelisäännöin tuotettuun tietoon perustuva ohjaus.

Jo edellisiin ohjauskeinoin sisältyvä vuorovaikutteisuus on se tieto-ohjaukseen selkeimmin aivan viime vuosina mukaan otettu piirre, joka ehkä on ominaista juuri uuden vuosituhannen alun ohjauskulttuurille. Keskusvirastojen lakkauttamisen ja 1990-luvun laman seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon keskushallinnon ja kentän yhteydet olivat edellisen vuosikymmenen loppupuolella varsin heikot ja sosiaaliturvan ja kuntien valtionosuuksien leikkausten hyvin negatiivisesti sävyttämät. Tuosta yhteistyön alhosta noussutta uutta ohjauskulttuuria edustavat sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset ohjelmat. Niissä oleellista on uudistustarpeiden selvittäminen ja toteuttaminen laajassa yhteistyössä alan eri toimijoiden kanssa. Niiden toteuttamiseen liittyy oleellisena osana Suomen oloissa poikkeuksellisen voimakas panostus hankerahoitukseen. Pelin henkeä voi kuvata niin, että valtio ”kutsuu” kuntia mukaan valtioneuvosto tasolla vahvistettuihin kehittämiskokonaisuuksiin, joiden valmistelussa ja määrittelyssä kuntia on kuunneltu mahdollisimman laajasti. Yksittäisten erillisten hankkeiden rahoittamisesta pyritään eroon ja kaikkien mukaan tulevien hankkeiden keskinäistä verkostoitumista tuetaan. Tätä hankerahalla vahvistettua tieto-ohjausta on osuvasti kutsuttu neuvotteluohjaukseksi. Tavoitetilana tässä ohjausmallissa voi pitää sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon paikallis- ja aluetason eri toimijat ja toisaalta valtion keskushallinto mukaan lukien poliittiset päättäjät mahdollisimman pitkälle yhdessä linjaavat keskeiset kehittämissuunnat ja yhdessä toteuttavat tarvittavat uudistukset.

Pekka Kettunen: RIITTÄÄKÖ TIETO-OHJAUS HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN KUNNISSA?

Pekka Kettunen, dosentti
Svenska Handelshögskolan, FLO
pekka.kettunen@hanken.fi

Päivän teema on laaja-alainen. Se liittyy niin ohjaukseen, valtio-kunta-suhteisiin, julkisen hallinnon toimeenpanoon kuin vaikuttavuuteenkin. Oma kysymyksensä on hyvinvoinnin käsite ja vastuunjako eri osapuolten kesken. Keskityn seuraavassa lähinnä ohjauksen ja toimeenpanon näkökulmiin tutkimustiedon perustalta.

Onko valtion tehtävänä ohjata kuntia oikeisiin ratkaisuihin? Kysymystä voidaan tarkastella sekä historiallisesti, taloudellisesti, juridisesti, poliittisesti että filosofisesti. Valtion rooliin kuuluu huolenpito kansalaisista, mutta kun suurin osa kansalaisia välittömästi koskettavista hyvinvointipalveluista on kuntien ylläpitämiä, on löydettävä tarkoituksenmukainen työnjako. Valtio voi antaa resursseja, suunnata toimintaa tiettyyn suuntaan, valvoa toimintaa jälkikäteen tai vaikuttaa muilla tavoin. Eräs mahdollisuus on antaa kunnille tietoa halutuista toimintamuodoista ja ratkaisuista.

Julkisen hallinnon ohjaussuhteisiin on keskittynyt erityisesti toimeenpanoanalyysi. Se tarkastelee julkisten politiikkaohjelmien toteutumista ja, suhteellisen yleisiä, puutteellisen toteutumisen ilmiöitä ja syitä. Lainsäädäntö ja ministeriöiden ohjeet esimerkiksi ovat tällaisia ohjelmia, joita muiden viranomaisten, mukaan lukien kunnat, tulisi toteuttaa omassa toiminnassaan. Osa lainsäädännöstä kohdentuu yritystoimintaan ja suoraan kansalaisiin, jolloin kyse velvoittavuudesta on toisenlainen.

Toimeenpanon tutkijat puhuvat vaikutussuhteiden kausaliteetista. Jotta ohjaus, kuten tieto, olisi vaikuttavaa, sen tulee näkyä käytännön toiminnassa. Keskeistä tässä on toimeenpanevien viranomaisten, kuten kuntien, luonne ja ympäristö. Millaisia kannustinrakenteita, perinteitä, työnjaollisia suhteita ja vaikkapa organisaatiokulttuuria on olemassa, joihin tämä ohjaus suhteutuu. Toimeenpanon tutkijat eivät ole kyenneet osoittamaan selkeästi millainen ohjaus on tehokasta. Pikemminkin on tyydytty hahmottamaan erilaisia ohjaustilanteita ja puhuttu esimerkiksi kompleksisista ohjaussuhteista, verkostoista ja hallinnasta (governance) perinteisen hierarkkisen ohjauksen sijaan. Kuntien kohdalla on esimerkiksi puhuttu paljon seutuistumisen ja yksityisten palvelutuottajien käytön aiheuttamista muutoksista, joilla on todennäköisesti merkitystä myös toiminnan ohjaamisen kannalta. Monesti analyysi jää kuitenkin tähän eikä ole edetty katsomaan mikä merkitys erilaisilla ohjausimpulsseilla sitten on.

Eräs näkökulma asiaan on toimeenpanevan tai toteuttavan organisaation muoto ja luonne. Hahmotamme liiankin herkästi kunnan yhtenäisenä kokonaisuutena, kun realistisempaa on puhua moniulotteisesta toimijasta. Kuten organisaatiotutkijatkin, myös politiikan ja hallinnon tutkijat ovat ymmärtäneet viime vuosina, että organisaatiokartat ja rakennekuvaukset ovat vain ulkoista muotoa, jonka puitteissa itse toiminta sitten muotoutuu. Tapauksesta riippuen muodollisen ja todellisen toiminnan kuvaukset eroavat enemmän tai vähemmän. Sen suhteen miten tämä dynaaminen toiminta hahmotetaan, on monia eri vaihtoehtoja. Suosiota saanut rationaalisen valinnan koulukunta argumentoi sen puolesta, että yksittäiset toimijat, yksilöt, ajavat aina vain omaa itsekästä etuaan. Tämä ei kuitenkaan voi olla yksinomainen julkisia organisaatiota liikuttava moottori. Julkisen sektorin johtajat ja työntekijät ottavat tutkimusten mukaan yksityiseen sektoriin verrattuna enemmän huomioon sellaisia arvoja, kuten yhteisöllisyys, tasa-arvo ja solidaarisuus. Eräs vahva vaikuttava tekijä julkisen sektorin kohdalla on professionaalinen intressi, joka voi ilmentyä reviiirin vartiointina ja kommunikoinnin esteinä.

Kulttuurien tutkija taas korostaisi sitä, että jokaisella organisaatiolla on oma kulttuurinsa, ilmapii-rinsä, joka vaikuttaa siihen, miten uusia ohjausimpulsseja työstetään. Keskeistä on siis uuden ja vanhan tiedon yhteensopivuus, muutoksen perusteet ja eri arvojen takana vallitsevien intressien ja uskomusten jännitteisyys tai yhteensopivuus. Itse kannatan institutionaalista näkemystä, jonka mukaan poliittiset ja hallinnolliset uudistukset, toimeenpano ylipäätään, onnistuu vain jos se mukautuu vallitseviin arvoihin, rakenteisiin ja ilmapii-riin. Niin julkiset kuin yksityisetkin organisaatiot, yritykset, pyrkivät muokkaamaan rutiininomaisia toimintatapoja, mukautumaan tuttuihin ja totuttuihin asioihin. Uudistukset ovat aina vaikeita. Rakenteelliset seikat taas merkitsevät toimijoiden väliseen muodolliseen ja epämuodolliseen työnjakoon liittyviä käytänteitä. Monet uudistukset ja ohjauspyrkimykset kaatuvat siihen, että ne eivät saa tukea vallitsevasta työnjaosta. Edellä sanottua voi tiivistää siten, että tieto-ohjaus on tehokasta silloin kun se on sovittavissa kunnan institutionaaliseen ympäristöön.

Jännitteitä kuntatasolla luovat esimerkiksi poliittinen rakenne, taloudelliset imperatiivit ja eri toimijaryhmien väliset erot odotuksissa, käsityksissä ja intresseissä. Tutkijat ovat viitanneet kuntien päätöksentekorakenteen monitasoisuuteen, ja monimutkaisuuteen, yritysorganisaatioihin verrattuna. Valtuusto, hallitus, lautakunnat, poliittiset ryhmät ja niiden taustalla olevat organisaatiot merkitsevät päätöksenteon hitautta ja potentiaalisia pidäkkeitä, mutta samalla on toki todettava, että näillä poliittisilla rakenteilla on omat perusteensa. Monimutkaisuus on tapa varmistaa päätösten yhteistä hyväksyttävyyttä.

Missä määrin sitten voimme problematisoida koko hyvinvoinnin käsitettä, on ehkä toisenlainen ja laajempi kysymys. Vertaileva politiikan tutkimus on nostanut esille hyvinkin erilaisia ratkaisuja hyvinvoinnin tuottamisen suhteen. Työnjako kansalaisten oman vastuun, työnantajien, yksityisen sektorin, yhdistysten, kuntien ja valtion välillä vaihtelee suurestikin eri puolilla Eurooppaa, globaalista tasosta puhumattakaan, ja totunnaiset käsitykset saavat helposti vertailussa kyytiä. Samalla on todettava, että kansalliset ratkaisut eivät yleensä ole helposti siirrettävissä maasta toiseen, osin juuri totunnaisten tapojen ja arvojen takia, ja siten vaikuttaa perustellulta koettaa pikemminkin kehittää järjestelmiä omista lähtökohdista kuin hakea valmiita ratkaisuja muualta.

Toimeenpanon tutkijat ovat selvittäneet koko päätösketjua aina eduskunnan tekemistä päätöksistä siihen kun niin kutsuttu ruohonjuuritason toimija tekee valintoja. Keskusteluja on käyty siitä, missä määrin voidaan etukäteen laatia sellaisia päätöksiä, jotka toteutuvat sataprosenttisesti tarkoitetulla tavalla. Näkemykset jakautuivat jyrkästi kahteen eri koulukuntaan. Ensimmäisen mukaan kansanvallan periaatteisiin kuuluu lähtökohtana se, että poliitikot päättävät ja hallinto toimeenpanee. Panostamalla riittävästi asioiden valmisteluun, hakemalla oikeaa tietoa ja varmistamalla että hallinto toimii suoraviivaisesti ja kuuliaisesti, saadaan päätösten toteutumisarvo lähes sataa prosenttia.

Vastakkaisen näkemyksen mukaan poliitikot, mukaan lukien eduskunta, ei yksinkertaisesti pysty ennalta näkemään kaikkea toteutusprosessin matkan varrella tulevia tilanteita ja päätökset jäävät vääjäämättä väljiksi. Ruohonjuuritason kuvauksissa näkemyksen edustajat korostavat toiminnan monia vaikuttavia tekijöitä. Esimerkiksi kunnallinen terveystarkastaja muokkaa sellaisen toimintatavan, joka saa aikaan parhaan mahdollisen vaikutuksen. Tässä tarvitaan keskusteluja muiden kunnallisten toimijoiden, yritysten edustajien, kauppiaiden ym. kanssa. Lainsäädännön antamat keinot voidaan nähdä voimavaroina, joita käytetään vain jos keskustelut eivät auta. Mikä merkitys on tiedolla? Kyse on niistä tilanteista, joihin päivittäistoiminnassa joudutaan. Toiminta on usein yhteispeliä ja tietoa voidaan käyttää yhtenä korttina tässä pelissä, hyvinä perusteluina, muiden korttien ohella.

Tulisiko ohjauksessa siirtyä sitten mahdollisimman delegeoituun, ruohonjuuritasolle harkintaa antavaan muotoon? Toimeenpanotutkimuksen näkökulmasta johtopäätös on ensinnäkin riippuvainen siitä miten hahmotamme toimeenpanon kulkua. Se on empiirinen kysymys, mutta suuressa määrin myös normatiivinen kysymys. Ruohonjuuritason harkinnan vapaus vaihtelee toiminnoinnain ja, jyrkästä koulukuntaerosta huolimatta, kyse on aina ylhäältä tulevan ohjauksen ja toimijoiden vapaan harkinnan välisestä tasapainosta. Normatiivisuus taas viittaa siihen, että poliittis-hallinnollisessa järjestelmässä ylempien tahojen tulisi aina voida ohjata, tavalla tai toisella, alempia. Sitä edellyttää vastuunalaisuus ja kansanvalta.

Mikäli lähdemme siitä, että toimeenpano on elävä, muuntuva prosessi, on kuitenkin järkevää pyrkiä vaikuttamaan siihen ottaen tämä huomioon. Suositus voisi olla katsoa ruohonjuuritason toimintaa, siis lääkäreitä, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, sosiaalikeskusta, ja analysoida, mitkä voimavarat, rajoitteet, ym. vaikuttavat näiden päivittäistoimintaan ja muokata ohjaus juuri päivittäistoimintaa tukevalla tavalla.

Kaiken kaikkiaan vastaaminen kysymykseen onko tieto-ohjaus tehokas tapa ohjata kunnallista hyvinvointipolitiikkaa ei ole siis yksinkertaista. Vaikka tutkija ei korostaisikaan yksinomaan yksilöllisiä intressejä kaiken toiminnan lähtökohtana, on ohjauskysymyksissä hyvä analysoida erityisen hyvin ohjauksen kohteena olevan toiminnan ja toimijan arkitodellisuutta, ja sen ympärille rakentuvia vuorovaikutussuhteita. Kaiken ohjauksen tulisi rakentua tällaiselle analyysille – vain näin voidaan ennalta varmistua ohjauksen tehokkuudesta.

Lasse Oulasvirta: RIITTÄÄKÖ TIETO-OHJAUS HYVINVOINNIN EDISTÄMISEEN KUNNISSA?

Lasse Oulasvirta, professori
Tampereen yliopisto, taloustieteiden laitos
lasse.oulasvirta@uta.fi

Johdanto

Tämä esitys perustuu Tampereen yliopiston hallintotieteen laitoksella tehtyyn tutkimukseen, jonka tilaajana oli sosiaali- ja terveysministeriö. Tutkimusraportti on julkaistu ministeriön julkaisusarjassa (2002:19).¹ Ohjauksen ongelmia on tutkimuksessa havainnollistettu kuudella hyvinvointipalveluita koskevalla tapaustutkimuksella, jotka on kokonaisuudessaan julkaistu erikseen verkkojulkaisuna.

Tutkimuksella haluttiin analysoida ohjaamisen teoriasta käsin nykyistä kuntiin kohdistuvaa ohjauspolitiikkaa ja ohjauskeinoja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Keskeisenä ongelmana ministeriön näkökulmasta on se, että ministeriön sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvä tulosvastuu toteutuu paljolti muiden kuin valtionhallintoon kuuluvien organisaatioiden eli lähinnä kuntien ja kuntayhtymien toiminnan kautta. Kuntien näkökulmasta ongelmana on ohjauksen edellyttämän toiminnan ja käytössä olevien resurssien ristiriita. Ohjaus voi myös olla liian voimakasta kuntien itsehallinnon näkökulmasta. Lähtökohtatilanne on hyvin haasteellinen ohjaukselle: Miten voidaan saavuttaa valtion ohjauksella sekä palveluita koskevat valtakunnalliset tavoitteet että ylläpitää samanaikaisesti todellista kunnallista itsehallintoa.

Informaatio-ohjauksen ongelma

Nykyinen ohjauspolitiikka perustui vuosituhannen alussa paljolti luottamukseen informaatio-ohjauksen tehoon. Mitkä ovat sitten tehokkaan informaatio-ohjauksen edellytykset? Nykyisessä ohjauspolitiikassa informaatio-ohjaukselle on asetettu suuret odotukset, ja siksi menetelmää on arvioitava kriittisesti.

Informaatio-ohjausta painottavan ohjausmallin toteutuksessa on ollut ongelmia sekä ministeriön että kuntien näkökulmasta. Yksinkertaistaen voidaan todeta, että informaatio-ohjauksen ja muiden ohjauskeinojen käyttö ei ole ollut riittävän tasapainoista. Tasapainoiseen ohjaamiseen kuuluisi mm. ohjaustavoitteiden selkeys ja valittujen ohjauskeinojen yhteensopivuus, ennen kaikkea se, että resurssiohjaus ei ole ristiriidassa sen kanssa, että kuntasektori ja muut palveluiden tuottajat voivat järjestää palvelut normi- ja informaatio-ohjauksen mukaisesti. Siihen kuuluisi myös se, että ohjaajien, mm. lääninhallitusten, resurssit ovat tasapainossa verrattuina nykyisen ohjausmallin edellyttämiin ohjaus- ja valvontatehtäviin.

¹ Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall, Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä., STM:n julkaisu 2002:19, Helsinki, 2002.

Informaatio-ohjausta on pidetty hyvänä keinona silloin, kun ohjaustavoitteen vastainen käyttäytyminen ei ole niin vakavaa seurauksiltaan että se esimerkiksi vaarantaisi ihmisten hengen tai terveyden. Joissakin tilanteissa voidaan ottaa riski katsoa ensin, toimivatko informaatio-ohjauksen keinot, ja jos empiirisesti havaitaan niiden riittämättömyys, vasta sitten turvaudutaan pakottavampiin keinoihin.

Informaatio-ohjauksen kohteena olevien arvomaailman ja intressien yhteisyys ohjaajan kanssa parantaa ohjauksen vaikuttavuutta. Mikäli tiedetään arvomaailman, asenteiden ja intressien vastakkaisuus, informaatio-ohjauksen vähäisen vaikuttavuuden riski kasvaa. On naivia ajatella, että ihminen tai ihmisistä koostuva organisaatio kovin helposti toimisi pelkän informaation kehottamana vastoin omia intressejään.¹ Informaatio-ohjaus perustuu vapaaehtoiseen valintaan noudattaa ohjaajan ohjeita. Siksi ei voida luottaa informaatio-ohjaukseen, jos ohjauksen kohteen intressissä ei ole toimia ohjaavan laajemman yhteisön intressien mukaisesti (Vedung 1998).

Intressien lisäksi on kiinnitettävä voimakas huomio *resursseihin*. Vaikka toimeenpaneva organisaatiotaho haluaisi periaatteessa toimia informaatio-ohjauksen suuntaisesti, voi olla että sillä on puutteelliset resurssit toimia. Laatusuosituksien ilman riittävää resurssiperustaa ovat tehottomia. Tämä on riski erityisesti kuntien kohdalla. Kuntien informaatio-ohjauksen riskit ovat sitä suurempia, mitä suurempia ovat puutteet kuntien taloudellisissa resursseissa ja henkilöstöresursseissa ja mitä suurempia ovat asenteelliset tai poliittiset ristiriidat valtion viranomaisen ja kuntien välillä.

Ministeriön strategiassa on todettu, että säädös- ja resurssiohjausta käytetään tilanteissa, joissa haluttua tavoitetta ei voida muilla keinoin saavuttaa kohtuullisessa ajassa ja joissa väestön mahdollisuudet saada yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveyspalveluita ovat uhattuina. On kuitenkin selvää, että pelkän informaatio-ohjauksen varassa ei voida pitää yhtäläisesti saatavilla peruspalveluita kunnissa. Informaatio-ohjaus tarvitsee rinnalleen muita ohjauskeinoja ja niiden kehittämistä. Tutkimuksen aikana vahvistui käsitys, jonka mukaan ohjauksen päätöksentekotilanteet eivät useinkaan saisi olla joko-tai -asetelmia, vaan monipuolisesti ohjauskeinoja kombinoivia valintoja.

Ohjauksen edellyttämä informaatio

Lähtökohta on se, että lakisääteisissä perusoikeuksia toteuttavissa hyvinvointipalveluissa palvelun tuottajan ja järjestäjän oma kontrolli ja itsearviointi ei ole yksistään riittävää vaan tarvitaan sekä palvelun tuottajasta että järjestäjästä riippumattoman tahon tuottamaa arviointi- ja valvontatietoa. Ulkopuolinen, asiantunteva valvoja ja arvioitsija takaa riittävän objektiivisen ja puolueettoman tietoperustan jälleenojaukselle.

Tilastotuotantoon ja sen käyttökelpoisuuteen arvioinnin ja valvonnan kannalta olisi siis kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Tilastotietoja ja tietokantoja tulisi kehittää entistä luotettavimmiksi ja vertailukelpoisimmiksi. Tiedon keruujärjestelmä olisi resurssoitava riittävästi, jotta saatu tieto olisi yhtäaikaan ajantasaista, luotettavaa, riittävää ja olennaista.

Luotettavan ja ajantasaisen tiedon avulla voitaisiin tehdä nykyistä enemmän palveluntuottajia ja järjestäjien välisiä vertailuja, joiden tulokset tulisi olla avoimesti kaikkien saatavilla lehdistön, muun median ja internetin välityksellä. Esimerkiksi terveydenhuollon palvelujen kustannuksia, saatavuutta, jonoja, hoitovirheitä ja hoidon lopputuloksia koskevaa vertailukelpoista informaatiota tulisi olla avoimesti saatavilla.

¹ Oletamme tässä että demokratiassa pakottavaa propagandaa ei käytetä.

On myös huomattava, että vaikka kunnat ovat informaatio-ohjauksen keskeisin kohde sosiaali- ja terveydenhuollossa, noin viidennes sosiaali- ja terveyspalveluista tuotetaan kuitenkin järjestöjen, yksityisten ammatinharjoittajien ja palveluyritysten toimesta. Informaatio-ohjauksen toimivuutta on siis tutkittava myös tällä kentällä.

Mitä on tasapainoinen ohjaus

Hyvän ohjauksen kriteereitä ovat ohjattavien näkökulmasta ristiriidattomuus, tasapaino ja enustettavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla tasapaino tarkoittaa ennen kaikkea resurssiohjauksen suhdetta informaatio-ohjaukseen ja normiohjaukseen. Kun kuntiin kohdistetaan normiohjausta ja laatusuosituksia, tulisi niillä tasapainovaatimuksen mukaisesti olla joko omia resursseja tai ohjauksen tuottamia uusia resursseja toteuttaa vaadittavia toimenpiteitä. Ohjauksen lähtökohta-analysissä tulisi arvioida siitä, millä tavoin kunnat pystyvät toteuttamaan vaadittuja suosituksia ja normeja. On myös huomattava, että kuntien omat resurssit eivät saisi kokonaan huveta lakisääteisiin tehtäviin, jotta voitaisiin puhua todellisesta kunnallisesta itsehallinnosta.

Mihin resurssien ja velvoitteiden tasapainottomuus johtaa kuntien suunnittelussa? Esimerkiksi terveydenhuollossa monet kunnat ovat sosiaali- ja terveysministeriön mukaan jo useita vuosia budjetoineet terveydenhuoltomenonsa epärealistisen alhaisiksi. Budjetit tiedetään jo niiden hyväksymisvaiheessa alimitoitetuiksi ja määrärahat loppuvat kesken. Tämä vaikeuttaa toiminnan järkevää pitkäjänteistä suunnittelua. Liian niukat resurssit johtavat jonojen muodostumiseen. Yleensä jonot lisäävät kuntienkin kustannuksia pitemmällä aikavälillä.

Lähteitä:

Oulasvirta, Ohtonen ja Stenvall, Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä., STM:n julkaisu 2002:19, Helsinki, 2002.

Uusitalo, Paavo, Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia. Tavoite-keinohierarkioiden laatimisperiaatteista. N:o 171. Helsinki 1971.

Uusitalo Paavo, Kustannus-hyötyanalyttista yhteiskuntasuunnittelun menetelmänä. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia. N:o 143. Helsinki 1970.

Uusitalo, Paavo, Suunnittelun tavoitteet ja keinot. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki 1974.

Vedung, Evert, Policy Instruments: Typologies and Theories. Teoksessa Bemelmans-Videc, Rist ja Vedung (toimittajat), Carrots, Sticks & Sermons, Transaction Publishers, New Brunswick, 1998.

Virkkunen, Jaakko, Virasto- ja laitoskohtainen suunnittelu. Valtionvarainministeriö, suunnittelusih-teeristö. Helsinki 1973.

Miten hyvinvoinnin edistäminen toteutuu kunnissa - rakenteet ja johtaminen puntarissa

Kerttu Perttilä: SELVITYSTEN PERUSTEELLA

Kerttu Perttilä, kehittäispäällikkö
Stakes
kerttu.perttilä@stakes.fi

Otsikon kysymykseen voidaan vastata joko kuvaamalla kunnan tapaa toteuttaa menestyksellistä hyvinvointipolitiikkaa tai osoittamalla millaisia tuloksia kunta on saavuttanut hyvinvointipolitiikallaan. Pohdin puheenvuorossani ensin mainittua, kuntien toimintakäytäntöjä erityisesti hyvinvointijohtamisen näkökulmasta. Tukevatko rakenteet ja johtaminen tuloksekasta hyvinvointipolitiikkaa? Mikä on ominaista hyvinvointijohtamiselle ja miten johtaminen näyttäytyy kunnassa?

Kun puhumme hyvinvoinnin edistämisestä kunnassa, joudumme väistämättä vastaamaan kysymykseen, miten hyvinvoinnin edistäminen eroaa terveyden edistämisestä ja mitä näillä tarkoitetaan? Yhteisen ymmärryksen hakeminen tekemisen kohteesta vähentää ohipuhumista ja väärinymmärryksiä. Käytännössä käytämme käsitteitä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen usein rinnakkain. Lähtökohtana on ihmisen terveys ja siihen vaikuttaminen eri politiikkalohkojen keinoin. Terveys sisältyy hyvinvoinnin subjektiiviseen määrittelyyn tai toisin päin, hyvinvointiin vaikuttamalla vaikuttamme pitkällä aikavälillä ihmisten terveyteen.

Kuntalaiset ovat itse monella tavalla vastuussa terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Tässä yhteydessä tarkastelen kuitenkin vain sitä, miten kunta on vastuussa väestönsä terveydestä ja hyvinvoinnista. Kunnallisilla päätöksillä on suoria vaikutuksia väestön terveydentilaan mm. terveyspalvelujen kautta (ehkäisevät palvelut, sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus, tapaturmien ehkäisy, terveyden suojelu). Pääasiassa kunnalliset päätökset vaikuttavat ihmisten terveyteen epäsuorasti. Tällaisia vaikuttamisen paikkoja ovat elinolot (toimeentulo, työllisyys, asuminen, koulutus), terveyttä tukeva elinympäristö, yhdyskuntasuunnittelun ratkaisut, väestön tarpeita vastaavat peruspalvelut, turvallisuuteen ja viihtyvyyteen vaikuttaminen, ihmisten keskinäisen vuorovaikutuksen vahvistaminen ja tasapaino fyysisen, taloudellisen ja kulttuurisen ympäristön kanssa sekä monella tavalla ihmisten elintapoihin vaikuttaminen.

Kunnassa hyvinvointipolitiikkaa tehdään politiikkatasolla ja palvelujärjestelmän toiminnassa. Poliittikkatasolla kyse on väestön terveyteen ja hyvinvointiin nyt ja tulevaisuudessa vaikuttavien asioiden tunnistamisesta ja eteenpäin viemisestä strategisessa suunnittelussa ja johtamisen keinoin. Palvelujärjestelmän toiminnassa kyse on sellaisista yksilöllisistä ja yhteisöllisistä ratkaisuista, joilla ihmisten tiedot, taidot ja elämänhallinta vahvistuvat ja terveyttä tukevat valinnat ja elämäntavat tulevat houkutteleviksi ja mahdollisiksi. Johtamisen kannalta hallinnonraajat ylittävä hyvinvointivas-
tuu on haasteellinen tehtävä.

Mikä on ominaista hyvinvointijohtamiselle

Hyvinvointijohtaminen on väestön hyvinvointia ja alueen kestävä kehitystä vahvistavien strategi-
gisten päämäärien asettamista ja toimeenpanon vastuuttamista eri hallinnonalojen perustehtä-
viin. Hyvinvointijohtaja tuo kuntalaisten hyvinvointitarpeet kuntasuunnitteluun ja päätöksente-
koon taloushaasteiden rinnalle. Käytettävissä olevat voimavarat on saatava hyvinvoinnin kannalta
tehokkaaseen käyttöön.

Hyvinvointijohtamiseen liittyy monia piirteitä, jotka eroavat yritysjohtamisesta tai julkishallinnon
sektorijohtamisesta.

1. Menestyksellinen hyvinvointijohtaminen edellyttää väestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen seuraamista. Kunnan taloutta seurataan itsestään selvänä ja sitä kuvaavat tunnusluvut ovat aina ajantasaisina käytettävissä. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi ollaan vasta kehittämässä tietojärjestelmiä, yhteisesti hyväksyttyjä seurannan menetelmiä ja vertailukelpoisia mittareita.

2. Hyvinvointistrategia johtamisen työkaluna perustuu kunnan hyvinvointitietoon. Hyvinvointistrategioiden toteutumisen seuranta ja arviointi kertoo lyhyellä aikavälillä vain toteutuneista toimenpiteistä, varsinaiset väestön hyvinvointia kuvaavat tulokset ovat mitattavissa vasta pitkällä viiveellä. Ihmisten hyvinvoinnin laiminlyöminen näkyy heidän elämänsä terveyden heikkenemisenä vasta vuosien kuluttua. Työhön on silti uskallettava panostaa, vaikka tuloksia ei tällä tai seuraavalla vaalikaudella olekaan vielä osoitettavissa.

3. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja vahvistamiseen tarvitaan eri hallinnonalojen asiantuntijoiden yhteistyötä ja osaamisen yhdistämistä. Toiminta voidaan rajata ammatillisesti ja organisatorisesti eri vastuualueille, mutta ellei kunnassa ole yhteistä näkemystä hyvinvointitavoitteista ja niiden ratkaisusta ja elleivät eri hallinnonalojen osaajat toimi yhdessä, yksittäiset päätökset ja toiminta voivat olla jopa toisiaan kumoavia, vastakkain vaikuttavia. Hyvinvointijohtaminen on luonteeltaan laaja-alaisen toiminnan yhteensovittamista ja yhteistoimintaa.

4. Hyvinvointipäätökset ovat usein monivaikuttaisia varsinkin jos sitä vertaa tavaratuotantoa johtaviin, markkinaperusteisiin päätöksiin. Tehdyt päätökset voivat johtaa eri väestöryhmien kannalta vastakkaisiin, toisille positiivisiin, toisten hyvinvointia uhkaaviin ratkaisuihin. Kuntasuunnittelussa ja strategisissa valinnoissa olisikin tärkeää, että vaihtoehtoisista ratkaisuista tehtäisiin ennakoivaa terveysvaikutusten arviointia. Vaihtoehtojen ennakoarvioinnille on tyypillistä, että siinä kuullaan kaikkien niiden osapuolien näkemyksiä, joita tulevat päätökset koskevat.

5. Hyvinvointivastuu, työnjako ja toiminnan koordinointi eivät istu kovin luontevasti nykymuotoiseen tulosjohtamisen malliin. Tulostavuu määrittely joutuu joustamaan kun tulokset syntyvät pitkällä aikavälillä useiden tulosalueiden yhteisinä tuloksina. Hyvinvointijohtaminen sisältää piirteitä linja- ja verkostojohdamisen malleista, joissa osaamisen johtaminen nousee tärkeäksi työvälineeksi. Ratkaistavia arkipäivän kysymyksiä ovat, kuka kunnassa ja seudullisesti valmistelee, esittelee ja vastaa toimeenpanon toteutumisesta asioissa, jotka selvästi ovat operatiivisen tason tehtäviä, mutta joiden seuranta, kehittäminen, toteutuminen ja arviointi koskee useiden hallinnonalojen vastuulla olevia tehtäviä? Esimerkiksi perheen syrjäytymisen ehkäisyyn vaikuttavat omilla päätöksillään terveydenhuolto, opetus-, sosiaali-, tekninen-, nuoriso- ja vapaa-aikatoimi sekä monet kuntaorganisaation ulkopuoliset toimijat kuten työllisyysviranomaiset, koulutusorganisaatiot ja vapaa-ajan toimintaa järjestävät organisaatiot. Kenen tehtävänä on miettiä syrjäytymisen kokonaisvaltaista ilmiötä etsien yhteisöllisesti kohdennettavia ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä syrjäytymisen ehkäisemiseksi? Kuka seuraa ja arvioi eri sektoreiden ratkaisujen vaikutuksia syrjäytymisprosessiin? Yhteinen päätös syrjäytymisen ehkäisemisestä kunnassa voi jäädä arvioimattomaksi tavoitteeksi, ellei poikkihallinnollisesta hyvinvointijohtamisesta ole sovittu ja vastuita määritetty.

6. Julkishallinnossa vähitellen yleistyvät uudet johtamisen mallit ja palvelujen järjestämisen tavat kuten sopimusohjaus, tilaaja-tuottajamallit ja palvelujen ulkoistaminen edellyttävät toiminnan tuotteistamista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuotteistaminen on monelta osin mahdollista, mutta miten sisällytetään yhteisöllinen toiminta, moniulotteinen ja moniammatillinen kehittämistyö tuotepaketteihin niin, että asiakkaiden ja perheiden tarpeista lähtevä tuen sekä tietojen, taitojen ja osaamisen kehittäminen eivät tule samalla pilkokuiksi liian pieniin, toimintaa rajoittaviin palvelupaketteihin. Kokonaisvaltaisten hyvinvointipalvelujen tulisi mahdollisimman pitkälle olla asiakaslähtöisiä. Niihin sisältyy usein eri ammattiryhmien osaamisen yhdistämistä

vaikeasti ennakoitavalla tavalla. Onko palvelujen tuottajalla riittävästi mielenkiintoa käyttää aikaa sellaiseen kehittämistoimintaan, joka ei ole selvästi hinnoiteltavissa? Mihin kasvaa kunnan hyvinvointiosaaminen, jos palvelut ulkoistetaan?

7. Hyvinvointijohtaminen asettaa myös taloushallinnolle ja laskentatoimelle uudenlaisia vaatimuksia verrattuna sektorijohtamisen tarpeisiin. Laskentatoimen pitäisi kyetä arvioimaan väestön tarpeista lähtevien hyvinvointipäätösten kustannuksia ja taloudellisia seuraamuksia kokonaisuuksina, ei vain yksittäisinä palvelutoimintoina. Päätöksentekijöille tulisi voida esittää ennakoon myös vaihtoehtoisten ratkaisujen kustannuksia. Esimerkiksi mitä lasten ja nuorten hyvinvoinnin painottaminen hyvinvointistrategiassa merkitsee taloudellisesti erilaisten keinovalikoimien varioidessa kunnan, eri sektoreiden ja perheen kannalta. Toimintoja tulisi voida tarkastella hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmasta kokonaisuutena. Vaikkapa miten kunnan investoinnit lapsiin ja lapsiperheisiin ovat kokonaisuutena kehittyneet viimeisen vaalikauden aikana ja miten näiden menojen rakenne on mahdollisesti muuttunut. Hyvinvointi, terveys ja talous olisi saatava näkyviin samaan kokonaiskuvaan.

8. Osaamisen johtaminen on eräs hyvinvointijohtamisen väline. Se merkitsee tiedon johtamisen lisäksi huolenpitoa taidoista ja osaamisesta sekä niiden lisäämisestä organisaatiossa, jossa eri ammattiryhmien pitäisi ymmärtää toistensa toimintamahdollisuuksia ehkä enemmän kuin monessa muussa organisaatiossa. Henkilöstön osaamisen kehittämisen ja koulutuksen suunnittelun kannalta hyvinvointijohtamisen haasteita ovat monimutkaisten toimen toisiinsa vaikuttavien tekijöiden yhteensovittaminen ja vaikutusketjujen ymmärtäminen. Koulutuksessa tarvitaan strategisen ja ammatillisen osaamisen yhteen liittämistä, joka tapahtuu yksilöiden osaamisen kautta. Tärkeitä asioita ovat mm. väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavan tiedon tulkinta ja vaikutusketjujen ymmärtäminen, käsitteiden yhteinen ymmärrys, poikkihallinnollinen yhteistyö ja hyvinvointitavoitteiden yhteen sovittaminen, strategioiden prosessointi ja terveysvaikutusten arvioinnin menetelmällinen hallinta.

Miltä hyvinvointijohtaminen näyttää selvitysten perusteella

Hyvinvointitieto ja sen hyödyntäminen

Strategisen hyvinvointijohtamisen lähtökohtana on tunnistaa ne kysymykset, jotka ovat väestön hyvinvoinnin ja terveyden kannalta relevantteja ja strategisesti merkittäviä nyt ja tulevaisuudessa. Tähän tarvitaan tietoa väestön terveydestä, sen muutoksista ja siihen vaikuttavien tekijöiden muutoksista. Kunnanjohtajille keväällä 2004 tehdyn kyselyn mukaan joka toisessa kunnassa seurataan väestön yleistä terveydentilaa ja joka kolmannessa kunnassa väestön terveyseroja ja terveyteen vaikuttavia elintapoja. Luvut voivat käytännössä olla alhaisempiakin, koska kyselyyn, johon vastaukset perustuvat, on vastannut vain joka kolmas kunnanjohtaja (141 kpl). Erityisesti pienissä kunnissa väestön hyvinvoinnin ja terveyden systemaattinen seuranta on vieläkin harvinaisempaa.

Kyselyn tulokset vahvistavat kuntien johtajille, sektorijohtajille ja luottamushenkilöjohdolle TEJO (Terveiden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen) -hankkeessa tehtyjen haastattelujen tuloksia. Niiden mukaan kunnissa käytettävissä oleva väestön hyvinvointia ja terveyttä kuvaava tieto on osittain järjestelmällistä, osittain hyvin satunnaista. Kunnassa kerätään systemaattisesti tietoa ja raportoidaan johdolle väestörakenteesta, työllisyydestä, koulutustasosta, ympäristön terveellisyydestä sekä palvelujen käytöstä ja niiden kustannuksista. Väestön terveyttä ja hyvinvointia tai elintapoja ja elämänhallintaa kuvaavaa tietoa ei ole käytettävissä, ei myöskään tietoa siitä, miten kunta omalla toiminnallaan pyrkii vastaamaan terveyden edistämisen tarpeisiin. Palvelujen toimivuudesta ja saatavuudesta saatava tieto samoin kuin hyvinvointipalveluja arvioiva taloustieto ovat niukkoja.

Kunnanjohtajakyselyn mukaan terveystiedoista raportoidaan sosiaali- ja terveystalokunnalle kahdessa kolmesta kunnasta ja valtuustoille hieman alle joka toisessa kunnassa. Terveystalokunnallontuntayhtymät raportoivat väestön terveydestä peruskunnille tätäkin harvemmin. Haastattelujen mukaan terveydenhuollontuntayhtymien raportoima tieto tiivistyy usein vain muutamaanterveystalokunnallontuntayhtymien käyttöä ja taloutta kuvaavaantuntuslukuun. Toisaalta eivät myöskään kuntayhtymät saa tietoa peruskuntiensa hyvinvointistrategioista tai muista väestön hyvinvointiin vaikuttavista suunnitelmista.

Yleisesti ottaen näyttää siltä, että hyvinvoinnin ilmiökentän tunnistaminen ja väestön hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden seuraaminen on vasta kehittymässä. Jostain syystä käytettävissä oleva hyvinvointia kuvaava tieto ei kuitenkaan siirry niihin kuntien asiakirjoihin, joissa toiminta ja voimavarat kiinnitetään. Onko sittenkin niin, että hyvinvointitieto ei puhuttele päättäjiä, vai eikö tiedontulkinnasta synny sellaisia johtopäätöksiä, jotka olisivat relevantteja myös strategisessa suunnittelussa ja kunnan toimintaa kuvaavissa asiakirjoissa.

Hyvinvointitiedont seurannassa on selkeästi ongelmana se, että kunnissa ei ole systemaattista kunta- tai aluetasolta hyvinvoinnin seurantarjestelmää, joka olisi alueellisesti yhteensopiva ja tuottaisi automaattisesti tiedont päättäjien käyttöön. Järjestelmien kehittämistyö on yksittäisten kuntien tehtäväksi liian vaativa. Siihen tarvitaan alueellista ja valtakunnallista kehittämistyötä.

Toisaalta, onko niin että eri tietolähteistä koottu ongelmien yleisyyttä kuvaava aggregaattitasontieto ei puhuttele päättäjiä. Pitäisikö käytettävissä oleva tieto kyetä jalostamaan muotoon, joka kertoo miten ongelmat kasautuvat yksilö- tai perhekohtaisesti. Jos tiedämme, että kunnassa on tietty määrä perheitä, joilla on samanaikaisesti mielenterveysongelmia, päihdeongelmia, väkivaltaisuutta, lapsilla vanhemmuuden puutetta ja koulukiusaamista, toimenpiteet on paljon helpompi räätälöidä auttamaan asiakkaita kokonaisvaltaisesti ja tulokset ovat todennäköisesti huomattavasti paremmat kuin siinä tapauksessa, jossa lisäämme esimerkiksi mielenterveyspalvelujen saatavuutta yleensä ja käynnistämme ongelmakohtaisia projekteja erikseen päihteen käyttöön, koulukiusaamisen tai perheväkivallant vähentämiseksi. Kohdennettut toimenpiteet tuottavat tuloksia monella sisältöalueella samanaikaisesti.

Strategioiden valmistelu, toimeenpano ja seuranta

Kunnat pyrkivät ottamaan haltuun useiden hallinnontalojen vastuulla olevat hyvinvointikysymykset valmistelemalla poikkihallinnollisia hyvinvointistrategioita ja toimeenpanemalla niiden keskeiset tavoitteet hankkeina. Vastuut ja rahoitus on tällä tavalla helpompi jakaa hallinnontalojen kesken. Yhteiset tavoitteet voidaan myös aikatauluttaa ja arvioida helpommin. Menettelytapa on monessa yhteydessä käytännöllinen, mutta pitkällä aikavälillä kunnan perustehtäviä ei voi hoitaa vain projekteina. Hyvinvointitavoitteiden toteuttaminen tulee sisällyttää kunnan normaalitoimintaan, jolloin hyvinvointiosaaminen kasvaa eri ammattiryhmissä ja yhteistyössä. Hyvinvointitavoitteet tulevat tällöin käsittelyyn todennäköisesti myös systemaattisemmin ja jatkuvana seurantana.

Monilla kunnilla ja seutukunnilla on hyväksytyt, monialaisesti valmistellut hyvinvointistrategiat. Yleisesti ottaen ne ovat huolellisesti harkittuja toiminnan suuntaviivoja. Kehittämisen paikkoja voidaan nähdä tavoitteiden konkreettisuus, toiminnan seuranta ja arviointi, taloussidonnaisuus ja vaihtoehtojen arviointi.

Monien hyvinvointistrategioiden pulmana se, että niiden tavoitteet ovat liian ihanteellisia ja yleisellä tasolla. Jos tavoitteiden konkretisoiminen käytännön toiminnaksi aiheuttaa pulmia, ne jäävät toiminnan suunnittelussa helposti kokonaan huomioon ottamatta. Liian abstraktit tavoitteet vesittävät strategiant toteutumista ja kuntapäättäjien sitoutumista niihin. Toinen kehittämisen kohde on strategioiden toteutumisen seuranta ja arviointi. Monialaisesti ja moniammatillisesti valmisteltuihin asiakirjoihin sisällytetään toimeenpanosuunnitelmat, mutta niiden toteutumista ei systemaattisesti seurata eikä saavutettuja tuloksia arvioida. Seuraavaa suunnittelukierrosta var-

ten ei käytetä hyväksi sitä tietoa, miten aiemmat päätökset ovat vaikuttaneet. Kolmas seikka, johon ei ehkä kiinnitetä riittävästi huomiota, on hyvinvointistrategioiden taloussidonnaisuus. Päätetyille tavoitteille tulisi osoittaa myös riittävät voimavarat, jolloin niillä on realistiset mahdollisuudet toteutua ja niiden toteutumista myös seurataan talousarvioseurannan yhteydessä. Näjäntenä kehittämisen kohteena nousee esille vaihtoehtoisten ratkaisujen terveysvaikutusten arviointi. Kuntasuunnittelussa ja strategiaprosessissa terveysvaikutusten arviointi on kokeiluasteella ja koetun kiinnostuksen perusteella se on todennäköisesti kehittymässä.

Strategiatyöhön parhaimmillaan osallistuu laaja joukko asiantuntijoita ja tulevia toimeenpanijoita. Jotkut luottamushenkilöt kritisoiivat sitä, että strategiat laaditaan liiaksi ylätasolla, eivätkä ne kohdtaa toimeenpanevaa organisaatiota. Käytännössä kunnanhallitus ja lautakunnat pääsevät mukaan strategioiden valmisteluvaiheeseen, mutta valtuuston rooli koetaan prosessissa joskus liian kapeana, se osallistuu prosessiin vasta siinä vaiheessa kun strategiaa hyväksytään.

Hyvinvointivastuu, työnjako ja koordinaatio

Kunnan organisaatorakenteen tehtävänä on jäsentää kunnan tehtävät toteuttamiskelpoisiin kokonaisuuksiin. Organisaatorakenteen avulla määritellään työnjaosta, yhteistyöstä, toimintakäytännöistä ja eri ammattiryhmien asemasta. Rakenteen tulee mahdollistaa nopea ja vääristymätön tiedonkulku ja tehokas päätöksenteko. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kohdalla monet näistä vaatimuksista korostuvat. Silloin kun toimitaan saman päämäärän eteen, kun tavoitteet toteutuvat yhteistoiminnan tuloksena, nousevat selkeä työnjako, päämäärätietoinen yhteistyö ja nopea tiedon kulku merkittävään asemaan.

Kuntien linjaorganisaatioissa, joissa tulosjohtamisen malli on vallalla oleva käytäntö, monialaiset hyvinvointikysymykset vastuutetaan usein sille hallinnonalalle, jonka toimintaa ne ovat lähinnä. Yhteistyötä tehdään tarpeen mukaan sen sektorin organisoimana, jonka vastuulle asia pääasiassa kuuluu. Tällainen järjestely tuntuu luontevimmalle, silloin kun hyvinvointivastuusta ei kunnassa ole erikseen määritelty, eikä poikkihallinnollisten hyvinvointikysymysten hoitamiseen ole sovittua järjestelmää. Ei voida väittää, että asiat jäisivät näin hoitamatta, mutta pelkona on, että poikkihallinnollista vastuuta edellyttävät tehtävät tulevat hoidettaviksi usein siinä vaiheessa kun kysymyksessä on tarve korjata ja hoitaa, toisin sanoen ennakkoiva ote ja erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvä edistävien, terveyttä suojelevien asioiden ylläpitäminen ja niiden vahvistaminen eivät tule systemaattiseen tarkasteluun kehittämismielessä.

Poikkihallinnollisesti hoidettavien asioiden rahoitus on usein ratkaisematta tulosohjausjärjestelmässä. Onko sektorilla, jonka tehtäviin asia lähinnä kuuluu, insentiiviä tehdä yhteistyötä laajemmin, jos muut eivät rahoita toimintaa? Miten rahoitus monia hallinnonaloja koskevissa hyvinvointiasioissa pitäisi järjestää?

Ammatillisella tasolla moniammatilliset yhteistyöryhmät ratkaisevat ja hoitavat tehokkaasti monia käytännön asioita. Tulosalueiden välinen, operatiivisen johdon välinen yhteistyö on kokemuksen mukaan vähäisempää. Jos sektorijohdon välisessä yhteistyössä on puutteita, miten varmistetaan, että ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä rakentua tietoinen hyvinvointistrategiaa kokoava palapeli?

Hyvinvointistrategiset asiat yhteen sovitetaan yleensä kunnan johtoryhmässä. Laajennetut johtoryhmät ja tulosyksiköiden johtoryhmät yhteen sovittavat sisällöllisiä kysymyksiä. Asukkaiden tarpeista lähtevää asioiden käsittelyorientaatiota haetaan alueellisilla, moniammatillisilla työryhmillä. Alueelliset työryhmät käsittelevät alueellisesti kiinnostavia sisällöllisiä kysymyksiä, ideoivat, valmistelevat asioita ja vahvistavat alueellista yhteistyötä. Erityisesti suurissa kaupungeissa alueelliset työryhmät ovat hyödyllinen linkki tuomaan eriytyvien alueiden asiakasnäkökulman lähemmäksi hallintoa.

Palvelujen tuottamisen tavat

Palvelujen järjestämisessä otetaan käyttöön yhä useammin tilaaja-tuottajamallin mukaisia ratkaisuja ja sopimusohjauskäytäntöjä. Terveystiedon edistämisen kohdalla asiassa edetään pienin askelin. Kokemuksia ei vielä ole niin, että niitä voitaisiin arvioida. Tuotteistaminen luo epäilyjä ja pelkoa hyvinvoinnin moniulotteisuuden kutistumisesta. Uusiin käytäntöihin sisältyy entistä vahvemmin laadun arvioinnin ja laatuksiteereiden määrittelyn vaatimus. Myös laskentajärjestelmien toimintokohtainen kehittäminen etenee ja sille on kysyntää.

Osaaminen ja koulutus

Henkilöstön osaamista korostetaan vahvuutena, mutta jatko- ja täydennyskoulutus suunnitelmat ovat usein sattumanvaraisia. Suurissa kunnissa koulutuksen järjestäminen on luonnollisesti organisoitumpaa kuin pienissä kunnissa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutusta tarjotaan sattumanvaraisesti. Luottamushenkilöillä varsinkaan ei ole ollut joko mahdollisuuksia tai riittävää kiinnostusta osallistua hyvinvointikoulutukseen.

Nyt kun uudet luottamushenkilöt aloittavat työnsä, kunnilla olisi otollinen ja oikea aika tarjota heille koulutusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuntapäätäjien tehtävänä. Kun uudet valtuustot paneutuvat kunnan hyvinvointitilanteeseen, valtuutettujen hyvinvointiosaamista kannattaisi vahvistaa kouluttamalla heitä esimerkiksi kunnan hyvinvointitilanteesta, hyvinvointitiedon tulkinnasta, käsitteistä, hyvinvointijohtamisesta, strategiatyöskentelystä, terveysvaikutusten arvioinnista, päätöksenteon terveysvaikutuksista sekä Terveys 2015 kansanterveysohjelman tavoitteista ja niiden toteuttamisesta. Kouluttajina voisivat toimia kuntien omat kouluttajat ammattikorkeakouluista.

Jari Mäki-Runsas: MITEN HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN TOTEUTUU OULUSSA?

Jari Mäki-Runsas, vt. sosiaali- ja terveystoimen johtaja
Oulun kaupunki
jari.maki-runsas@ouka.fi

Yleistä

Teknologiakaupunki Oulu on 127 000 asukkaan väestöpohjallaan nopeasti kehittyvä Pohjois-Euroopan kasvukeskus. Hyvinvoinnin edistäminen on sisään kirjoitettu strategioihimme. Kaupungissa on viime vuosina viety läpi useita strategiaprosesseja. Meillä on käytössä mm. kaupungin strategia, koordinoiva palvelustrategia ja virastojen strategiat kuten sosiaali- ja terveystoimen strategia. Strategiat on tehty BSC-mallin pohjalta. Palveluhallintokuntien toimintaa ohjaa vahvasti koordinoiva palvelustrategia.

Strategiat ohjaavat voimallisesti toimintaa hyvinvoinnin lisäämiseksi

Hyvinvoinnin edistämistyössä on keskeistä selkeät päämäärät, tavoitteet ja seuranta. Oulun kaupungissa on tehty hyvinvointipalvelujen osalta koordinoiva palvelustrategia. Koordinoivan palvelustrategian visio ja päämäärät on johdettu kaupungin strategiasta. Oulun kaupungin yhtenä strategisena päämääränä on ”vahvistaa asukkaiden hyvinvointia ja elämänhallintaa huolehtimalla kaupungin järjestämien palvelujen tasosta ja oikeasta kohdentamisesta”.

Oulun koordinoivassa palvelustrategiassa on neljä näkökulmaa: vaikuttavuus ja palvelukyky, prosessit ja rakenteet, resurssien hallinta ja osaaminen ja henkilöstö. Jokaisessa näkökulmassa on kriittisiä menestystekijöitä. Tällaisia ovat mm. terve ja itsenäinen elämä, lasten ja nuorten hyvinvointi, turvallinen ja toimiva elinympäristö, palveluiden saatavuus ja moniammatillinen alueellinen yhteistyö.

Kriittisistä menestystekijöistä on johdettu arviointikriteerit ja tavoitetasot suunnitelmakaudelle. Terve- ja itsenäinen elämä –kriittisen menestystekijän arviointikriteerinä on esim. vanhusten kotona selviytyminen. Tavoitetasona vuosille 2004-2006 on, että 91 % yli 75 –vuotiaista selviytyy kotona palveluiden tukemana. Tähän tavoitetasoon pääseminen edellyttää poikkihallinnollista, tavoitteellista yhteistyötä. Luonnollisesti sosiaali- ja terveystoimella on keskeinen rooli, mutta esim. liikuntatoimi, kulttuuritoimi ja tekninen toimi omalta osaltaan voivat merkittävästi edesauttaa tavoitteeseen pääsemiseksi. Tätä tavoitteellista työtä tehdään yhdessä.

Strategian tavoitetasojen edellyttämät toimenpiteet konkretisoituvat talousarvion yhteydessä. Tavoitteiden saavuttamista seurataan tarkasti välitilinpäätösten ja tilinpäätösten yhteydessä.

Sosiaali- ja terveystoimella on lisäksi oma strategia, joka tavoiteasetelmaltaan on tarkemmalla tasolla kuin koordinoiva palvelustrategia.

Johtaminen

Koordinoivan palvelustrategian ja viraston strategian täytäntöönpano edellyttää luonnollisesti tavoitteellista johtamista. Strategiaan sitoutuminen kaikilla organisaation tasoilla on tärkeää. Oulussa toimii apulaiskaupunginjohtajan johdolla palvelujohtoryhmä, johon kuuluvat jäseninä virastojen johtajat sosiaali- ja terveystoimesta, teknisestä keskukselta, liikuntatoimesta, nuorisotoimesta, opetustoimesta ja kulttuuritoimesta. Palvelujohtoryhmä kokoontuu säännöllisesti viikoittain aihealueena mm. koordinoivan palvelustrategian täytäntöönpano ja virastojen välinen yhteistyö tavoitteisiin pääsemiseksi. Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä osaltaan vie linjaorganisaatiossa eteenpäin strategioissa kirjattuja tavoitetoimia. Tavoitteena on koko henkilökunnan sitouttaminen strategian päämääriin, kriittisiin menestystekijöihin ja tavoitetasoihin.

Mitä seuraavaksi?

Oulun kaupunki on lähtenyt laajapohjaisesti terveydenedistämisen hankkeeseen mukaan. Meidän tavoitteena on edelleen kehittää yli hallintokuntien johtamiskäytäntöjä ja toimintamalleja hyvinvoinnin ja terveydenedistämiseen. Kehitystyö tehdään yhdessä Stakesin, ammattikorkeakoulun ja lääninhallituksen kanssa. Tarkoituksena on vahvistaa kunnan johtotehtävissä olevien osaamista, tukea uusien työvälineiden käyttöä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelussa, johtamisessa ja päätöksenteossa. Kehitämme myös kaupungin hyvinvointiasioiden systemaattista seurantaa (esim. hyvinvointibarometri osaksi toiminta- ja taloussuunnittelua, strategioiden päivittämistä ja seurantaa).

Lopuksi

Hyvinvoinnin edistäminen on koko kaupunkikonsernin asia. Sitoutuminen hyvinvoinnin edistämistyöhön ei ole aina itsestään selvää suuren organisaation kyseessä ollessa. Koordinoiva palvelustrategiatyö ja sen täytäntöönpano on selvästi edesauttanut hyvinvoinnin edistämistä. Parhaimmillaan kulttuuritoimenjohtaja puhuu julkisessa mediassa heidän roolista ikäihmisten kotona asumisen tukemisesta. Yhteiskunnan kaikkien sektoreiden yhteistoiminta tuo parhaimman lopputuloksen!

Tero Järvinen: MITEN HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN TAPAHTUU KUUSIOKUNNISSA

Tero Järvinen, kehittämisspäälikkö
Alavudenseudun thky
tero.jarvinen@alavus.fi

Kuusiokunnat (Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä ja Ähtäri) on mukana ainoana seutukuntana Stakesin, Sosiaali- ja terveysministeriön, lääninhallitusten ja Ammattikorkeakoulujen yhteisessä TEJO (Terveysten edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen)- hankkeessa. Vastuutahona hankkeen etenemisestä Kuusiokunnissa on Alavudenseudun terveydenhuollon kuntayhtymä.

TEJO- hankkeen tavoitteena Kuusiokunnissa on luoda pysyvä ja ajantasainen hyvinvointikertomusjärjestelmä, joka voi olla auttamassa poliittisia päättäjiä poikkihallinnollisesti hyvinvointiin ja terveyteen liittyvässä päätöksenteossa niin seutukunnallisesti kuin alueen kunnissakin. Hankkeen tavoitteena on myös tuoda oma panoksensa Kuusiokuntien seutustrategiaan, hyvinvointitiedon osalta.

Kuusiokunnissa TEJO- hanketta ohjaa poikkihallinnollinen ja ylikunnallinen ohjausryhmä. Tämä sama ryhmä myös valmistelee seutukunnallista hyvinvointikertomusta (tällä hetkellä) ja hyvinvointistrategiaa (lähitulevaisuudessa). TEJO- ohjausryhmään kuuluu yleishallinnon edustaja, ympäristötoimen edustaja, sivistystoimen edustaja, useita edustajia kuntien sosiaali- ja terveystoimesta sekä Länsi- Suomen lääninhallituksen edustaja että Seinäjoen Ammattikorkeakoulun edustus.

TEJO- hanke on Kuusiokunnissa kytketty yhteen jo aiemmin aloittaneeseen, Kuusiokuntien ja Seinäjoen Ammattikorkeakoulun yhteistyössä toteuttamaan Terveys 2015 Kuusiokuntiin- hankkeeseen, joka pyrkii toteuttamaan terveyden edistämisen toimintoja konkreettisesti TEJO:n keskittyessä ko. sektorin hallinnon ja tietopohjaisen ohjauksen kehittämiseen.

Samaan aikaan TEJO- hankkeen kanssa on Kuusiokunnissa meneillään myös muita laajasti terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä hankkeita. Ehkä merkittävimmin Kuusiokuntien terveysyhtymähanke, jonka tarkoituksena on yhdistää Alavudenseudun terveydenhuollon kuntayhtymä ja Ähtärinjärven kansanterveystyön kuntayhtymä Kuusiokuntien yhteiseksi seutukunnalliseksi perusterveydenhuollon kuntayhtymäksi vuoden 2006 alusta lukien, sekä sosiaalialan seutukoordinaattorihanke.

Kuusiokuntien terveysyhtymähankkeen ja TEJO:n eteneminen rinta rintaan on seutukunnassa nähty erittäin merkittävänä seutukunnan asukkaiden hyvinvoinnin edistämisen sekä oikein suunnatun ennaltaehkäisevän toiminnan kannalta. Näiden molempien hankkeiden onnistuminen voi Kuusiokunnissa viitoittaa tietä alueen asukkaiden parempaan hyvinvointiin, terveydenhuollon kustannusten aiempaa parempaan hallintaan sekä niukkenevien voimavarojen oikeaan kohdentamiseen.

Työkaluja ja menetelmiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen

Kerttu Perttilä: TIETO PÄÄTÖKSENTEON PERUSTANA

Kerttu Perttilä, kehittämisspäälikkö
Stakes
kerttu.perttila@stakes.fi

Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen ovat kehittämisen ja tutkimuksen kohteena Stakesin TEJO -hankkeessa, johon esiselvityksen jälkeen osallistuu kuusi kuntaa ja yksi seutukunta yhdessä kutakin kuntaa lähellä olevan ammattikorkeakoulun ja lääninhallituksen kanssa. Esiteltävät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työkalut ja menetelmät ovat monelta osin TEJO -hankkeessa sovellettavia ja edelleen kehitettäviä menetelmiä ja työtapoja.

Suomen kansallisen terveystalouden linjaus on tiivistetty tavoitteeseen 'Terveys kaikissa politiikoissa'. Tavoite haastaa yhteiskuntapolitiikan eri lohkot miettimään toimintansa terveysvaikutuksia. Kuntalaisten terveys ja hyvinvointi ovat nousseet viime vuosina näkyvämmiin esille kunnan imago- ja kilpailutekijänä. Vasta valittujen kunnanvaltuustojen ensimmäisiä tehtäviä tulee olemaan kunnan ja kuntalaisten hyvinvointitilanteen haltuun ottaminen, niiden avainalueiden paikallistaminen, joihin seuraavalla valtuustokaudella on erityisesti paneuduttava. Tieto väestön terveydestä ja hyvinvoinnista on oltava suunnittelun lähtökohtana. Miten laajasta tietotulvasta seuloa tieto sellaisena, että se puhuttelee päättäjiä, että se kohdentuu ydinkysymyksiin ja rakentaa hyvinvointistrategisen ajattelun perustan?

Terve Kunta -päivien esitteen kannessa on hyvinvointijohtamisen työvälineitä kokoava kuvio. Kuvion ytimessä on hyvinvointitilinpito. Hyvinvointitiedon tarve on yhtä järjestelmällistä ja jatkuvaa kuin taloustiedon kohdalla, siksi siitä on käytetty talouskielessä tutuksi tullutta nimitystä, tilinpito.

Hyvinvointitilinpidon sisältämä tieto voi koostua tutkimustiedosta, tilasto- ja seurantatiedosta, talouslaskelmista, eri ammattiryhmien ammatillisesta osaamisesta, kokemuksesta ja kuntalaisilta saadusta palautteesta. Tiedosta jalostetaan johtamisen muut työvälineet; tiivistetään seurannan ja arvioinnin tunnusluvut (indikaattorit) ja toteutuneen hyvinvointitilanteen kuvaus (hyvinvointikertomus). Hyvinvointitieto toimii vaihtoehtojen ennakoinnin ja arvioinnin vertailussa. Se tiivistää hyvinvointistrategiset tavoitteet ja niitä toteuttavien ohjelmien arvioinnin. Laatusuosituksien perustuvat tietoon toimivista terveyden edistämisen käytännöistä.

Tällä hetkellä kuntien hyvinvointitietoa keräävät tietojärjestelmät eivät täytä odotuksia tarvittavasta tiedosta. Tietojärjestelmien kehittämisen tarve on suuri, eikä sitä voi yksin jättää kuntien tehtäväksi. Yhtenäisten järjestelmien kehittäminen edellyttää alueellista yhteistyötä ja valtakunnallista panostusta.

Hyvinvointitieto ja taito sen tulkintaan on uusien kunnanvaltuutettujen tärkeä päätöksenteon työväline. Miten jäsentää suuresta tietomassasta oleellinen niin että johtopäätökset syntyvät eri ammattialojen asiantuntijoiden osaamisen perusteella, niin että kansallinen tavoite, 'terveys kaikissa politiikoissa' on mahdollista täyttää? Eräs työkalu on kunnan hyvinvointikertomus. Se valmistellaan viranhaltijatyönä, niin että eri hallinnonalojen asiantuntijat miettivät erikseen ja yhdessä oman sektorinsa työn kautta, miten kuvata tiiviisti väestön terveyttä ja hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Yhteisen näkemyksen jälkeen arvioidaan, miten palvelut ja nykyisten strategioiden mukaiset toimenpiteet vastaavat tällä hetkellä ilmenevään hyvinvointitilanteeseen ja pal-

jonko toimintaan on sidottu taloudellisia voimavaroja. Hyvinvointikertomustyössä sovitaan kunnassa seurattavista hyvinvointi-indikaattoreista, joiden toivotaan ainakin osittain olevan valtakunnallisesti vertailukelpoisia. Stakesin SOTKANet-indikaattoripankki on vastaus valtakunnallisten seuraintindikaattoreiden yhdenmukaisuuteen ja saatavuuteen.

Hyvinvointikertomus on viranhaltijoiden raportti ja johtopäätökset kunnan hyvinvointitilanteesta. Se on tarkoitettu strategiatyön pohja-aineistoksi ja luottamushenkilöiden työkaluksi. Kertomus on syytä käydä huolellisesti läpi valtuustoseminaareissa ja puolueiden ryhmäkokouksissa.

Ensimmäiset hyvinvointikertomukset ovat valmistuneet ja useita kertomuksia on valmistumassa kevään aikana (www.stakes.fi/hyvinvointi/khs). Ensimmäisten kokemusten perusteella hyvinvointikertomuksen valmistelu on osoittautunut varsin hyödylliseksi eri hallinnonalojen yhteiseksi oppimisprosessiksi. Kertomuksen valmistuttua keskustelu väestön hyvinvoinnista voi alkaa kunnassa entistä paremmin kohdennettuna.

Nina Knape: SOTKANet -INDIKAATTORIPANKKI ja TERVEYS 2015 -INDIKAATTORIT

Nina Knape, kehittämisspäälikkö, FT
Stakes
nina.knape@stakes.fi

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma linjaa Suomen terveystaloutta vuoteen 2015 asti. Tausalla on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveystä kaikille -ohjelma, jota on uudistettu vuonna 1998, ja se jatkaa Suomen kansallista Terveystä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaa.

Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka toimii laajana kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiseksi. Terveys 2015 -ohjelmaa on valmistellut valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta. Ohjelma ulottuu yli hallintosektoreiden, koska kansanterveys määräytyy suurelta osin terveydenhuollon ulkopuolisista asioista: elämäntavoista, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta, yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä.

Suomen terveystalouden tavoitteet ovat jatkossakin terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Strategiassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta, jotka osoittavat myös tavoitellut tulokset elämäntavan eri vaiheissa. Ohjelma sisältää viisi ikäryhmittäistä sekä kolme kaikille ikäryhmille yhteistä tavoitetta.

Ikäryhmittäiset tavoitteet ovat

1. Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvallisuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.
2. Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16-18-vuotiaista alle 15 % tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisimpiä kuin 1990-luvun alussa.
3. Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.

4. Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.

5. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

Kaikille yhteiset tavoitteet ovat

6. Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.

7. Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.

8. Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kansanterveyden neuvottelukunnan toimeksiannosta Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitos ovat yhteistyössä muiden tiedontuottajien ja -käyttäjien kanssa valmistelleet listauksen osoittimista, joiden avulla Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden toteutumista voidaan seurata. Nämä koostuvat 39:stä avainosoittimesta sekä täydentävistä osoittimista, jotka laajentavat avainosoittimien antamaa kuvaa Terveys 2015 -ohjelman kunkin tavoitteen kannalta tärkeistä terveysongelmista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.

Terveys 2015 strategian tavoitteiden mukaiset avainosoittimet tullaan sisällyttämään osaksi Stakesin rakentamaa ja ylläpitämää indikaattoripankki SOTKANettiä, joka sisältää keskeisiä tietoja väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Terveys 2015 -indikaattorit, kuten indikaattoripankin muutkin osoittimet, pyritään ensisijaisesti tuottamaan kuntakohtaisesti vuosittain vuodesta 1990 alkaen. Lähtökohtana käytettävien aineistojen rajoituksista ja kuntien pienestä koosta johtuen monien osoittimien kohdalla näistä tavoitteista joudutaan kuitenkin tinkimään. Terveys 2015 -seurantaindikaattorit työstetään indikaattoripankki SOTKANettiin vuoden 2005 aikana.

Lähteet:

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki 2001.

Tapani Kauppinen & Kirsi Nelimarkka: IHMISIIN KOHDISTUVIEN VAIKUTUSTEN ARVIOINTI ON TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMISEN TYÖKALU

Tapani Kauppinen, projektipäällikkö & Kirsi Nelimarkka, tutkija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Terveys 2015 Kansanterveysohjelman eräänä haasteena toimijoille on Terveysvaikutusten arviointi. Ohjelman mukaan: uuden lainsäädännön, tulo- ja menoarvioiden, strategioiden, ohjelmien ja suunnitelmien valmistelussa ja eri sektorien toiminnan arvioinnissa ei useinkaan ole

riittävästi selvitetty tarjolla olevien vaihtoehtojen myönteisiä tai kielteisiä vaikutuksia kyseisen hankkeen tai toiminnan vaikutuspiirissä olevien väestöryhmien terveyteen. Terveysvaikutusten arviointi tulee laajentaa kaikkien politiikkojen ja toimintojen valmisteluun ja uudelleenarviointiin. Terveysvaikutusten arviointi voi olla tarkoituksenmukaista tehdä osana laajempaa hyvinvointivaikutusten arviointia.

Stakesin Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi –projektissa yhdistetään terveysvaikutusten arviointi (TVA) ja sosiaalisten vaikutusten arviointi (SVA). Projektissa pyritään mm. valmistelemaan yhdessä kuntien kanssa malleja toimenpiteiden terveysvaikutusten arvioinnille, niin että se otetaan osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua.

Tästä työstä on julkaistu väliraportti (Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi Terve Kunta -verkoston kunnissa. Stakesin Aiheita 18/2004) ja toisaalla näillä päivillä posterit (Vaihtoehtojen tarkastelu päätöksenteon apuna).

Ennakoarviointi on myös lakisääteistä työtä. Maankäyttö- ja rakennuslaki sekä laki ympäristövaikutusten arviointimenettelystä sisältävät molemmat velvoitteen elinympäristön suunnitteluun liittyvien tiettyjen suunnitelmien ja hankkeiden vaikutusten ennakoarvioimisesta.

Stakesin internetsivuille on kerätty esimerkkejä vaikutuksista, niiden tunnistamisesta ja arvioinnista ([www.stakes.fi/sva/eritapoja.htm#Esimerkkejä](http://www.stakes.fi/sva/eritapoja.htm#Esimerkkeja)). Samoin opastavaa kirjallista materiaalia löytyy sekä sähköisenä että kirjallisessa muodossa (esim. www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita8-2003.pdf).

Lisäksi sosiaalisten ja terveysvaikutusten ennakoarviointia tullaan lakisääteisesti soveltamaan tiettyjen suunnitelmien ja ohjelmien arvioimiseen. Tätä kirjoitettaessa hallitus on hyväksynyt esityksen viranomaisen suunnitelmien ja ohjelmien ympäristövaikutusten arviointia koskevaksi lainsäädännöksi ja laki on astumassa voimaan alkuvuodesta 2005.

Projekti osallistuu EU-rahoitteiseen terveysvaikutusten arvioinnin vaikuttavuus –tutkimukseen, jota koordinoi Maailman terveysjärjestön Euroopan toimisto. Mukana on 13 valtiota ja tarkoituksena on mm. kartoittaa eri maiden TVA-käytäntöjä, seurata vaikuttavuutta sekä tunnistaa vaikuttavuutta lisääviä tekijöitä.

Janne Antikainen: ALUEKESKUSOHJELMAN AVULLA STRATEGIASTA KÄYTÄNTÖÖN

Janne Antikainen, erikoistutkija
Sisäasiainministeriö, alueiden ja hallinnon kehittämisosasto, aluekeskusohjelma
janne.antikainen@intermin.fi

Aluekeskusohjelma on työkalu hyvinvoinnin seudullisten palvelujen kehittämiseen. Aluekeskusohjelman puitteissa on monilla seuduilla tuotettu hyvinvointipalveluja koskeva strategia. Nyt strategioita viedään käytäntöihin useilla kaupunkiseuduilla – kokemusten vaihdon tiivistämiseksi ja oppimisprosessin syventämiseksi on aluekeskusohjelmassa tänä vuonna käynnistynyt hyvinvoinnin teemaverkosto.

Aluekeskusohjelma

Aluekeskusohjelma on alueiden kehittämisestä annettuun lakiin perustuva valtioneuvoston erityisohjelma. Aluekeskusten kehittäminen toteuttaa suomalaista kaupunki- ja aluepolitiikkaa. Aluekeskusohjelman tavoitteena on tasapainoisen aluekehityksen vahvistaminen tukemalla eri-

kokoisten kaupunkiseutujen elinvoimaan perustuvan, kaikki maakunnat kattavan aluekeskusveroston kehittämistä. Aluekeskusohjelma käynnistettiin vuonna 2001 ja sitä toteutetaan valtioneuvoston ohjelmaan nimeämällä 34 kaupunkiseudulla. Ne käsittävät 264 kuntaa eli kolme viidesosaa Suomen kunnista. Aluekeskusohjelman toteutusta koordinoi sisäasiainministeriö. Nykyinen ohjelmakausi kestää vuoden 2006 loppuun ja valtioneuvosto on tehnyt jo päätöksen aluekeskusohjelman jatkamisesta myös 2006 jälkeen. Valtio tukee aluekeskusohjelmien toteutusta vuosittain osoitettavalla perusrahoituksella. Se on enintään puolet kehittämisen kokonaiskustannuksista. Vuosina 2001-2004 aluekeskusohjelmien toteutukseen osoitettiin perusrahoitusta 27,3 miljoonaa euroa. Aluekeskus- ja kaupunkipolitiikkaan on vuoden 2005 valtion tulo- ja menoarviossa osoitettu 9,1 miljoonaa euroa.

Aluekeskusohjelma vahvistaa kaupunkiseutujen elinvoimaa ja kehittää koko maan kattavaa aluekeskusverkostoa. Ohjelma kokoaa yhteiseen verkostoon alueen kunnat, oppilaitokset ja tutkimusyksiköt sekä elinkeinoelämän. Ohjelma määrittelee seudun kehittämisen strategiset painopisteet ja niitä toteuttavat keskeiset kärkihankkeet. Se käsittelee kaupunkiseudun elinvoimaa laajana kokonaisuutena, johon kuuluvat hyvinvointipalvelujen kehittämisen lisäksi osaamisen vahvistaminen sekä elinkeinojen ja ympäristön kehittäminen. Ohjelma vahvistaa eri toimijoiden yhteistyöhön ja kumppanuuteen perustuvaa sosiaalista pääomaa, kykyä vastata yhdessä ja seudullisesti kehittämishaasteisiin. Aluekeskusten kehittämisohjelmat perustuvat alueiden omiin lähtökohtiin ja ovat paikallisten toimijoiden valmistelemia.

Seudullisuus ja verkottuminen ovat aluekeskusohjelman keskeisiä toimintamalleja. Seudullisuus ja seudullisen yhteistyön vahvistaminen ovat olleet korostuneesti painopisteenä ohjelman toteutuksessa vuosina 2001-2003. Aluekeskusohjelman vuosien 2004-2006 toteutusta koskevien valtioneuvoston linjausten mukaisesti seudullisuuden lisäksi ohjelmassa painotetaan verkottumista ja alueellista vaikuttavuutta. Verkottumisella tarkoitetaan aluekeskuseutujen sisäistä, eri toimijoiden välistä verkottumista ja erityisesti aluekeskuseutujen välistä, maakunnallista ja maakuntarajat ylittävää verkottumista.

Aluekeskusohjelmassa käynnistyi 2005 alussa teemoittaisia kansallisia verkostoja siten, että aluekeskuseudut ottavat vastuuta myös niiden toiminnan koordinoinnista. Yksi käynnistyvistä teemaverkostoista on *Hyvinvointipalvelujen seudullinen järjestäminen aluekeskuksissa*, jonka koordinoitivastuu on Porin aluekeskuksella. Toiminta jakaantuu koko verkoston yhteisiin tapaamisiin ja kolmen erillisen alateeman tapaamisiin. Alateemat ovat (suluissa teemaan osallistuvat aluekeskukset): 1) tutkimus ja kehittämistoiminta (Hämeenlinna, Oulun eteläinen, Kotka-Hamina, Raahe, Mikkeli, Turku, Pori, Joensuu, Varkaus, Ylä-Savo, Rovaniemi, Forssa) 2) hyvinvointistrategiat ja palvelujen järjestäminen aluekeskuksissa, sisältäen hoivapalveluyrittäjyyden ja liiketoimintaosaamisen kehittäminen (Tampere, Vaasa, Pori, Saimaan kaupunki, Forssa, Etelä-Pirkanmaa, Seinäjoki, Mikkeli, Turku, Pietarsaari, Kotka-Hamina, Hämeenlinna, Salon seutu, Joensuu, Ylä-Savo, Raahe, Kauhajoki) sekä 3) hyvinvointiteknologia/itsenäinen suoriutuminen (Oulu, Ylä-Savo, Vaasa, Seinäjoki, Joensuu, Pietarsaari, Hämeenlinna, Kotka-Hamina, Rovaniemi, Pori)

Hyvinvoinnin uusi toimintakenttä

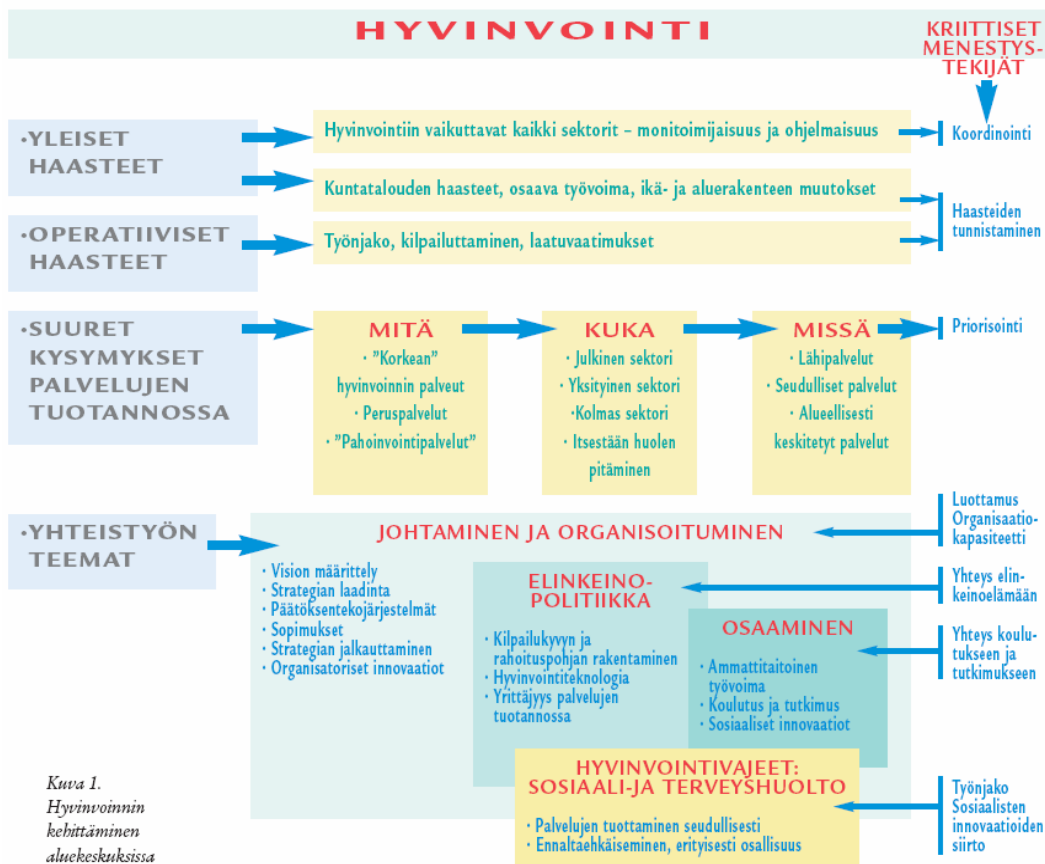
Suomalainen yhteiskunta kasvoi julkisen sektorin ekspansion myötä 1970-1980-luvuilla. Tällöin sai muotonsa sekä hyvinvointisektorilla tehtävä työ että sen palvelut. Sekä työ että palvelut suuntautuivat tasaisesti kaikkiin kuntiin, mutta erityisesti keskisuuret kaupungit vahvistuivat tuona ajanjaksona. Hyvinvoinnin perusteet ovat sinällään pysyneet samoina myös viimeisen viidentoista vuoden aikana, vaikka toimintakenttä onkin muuttunut. Keskeisinä elementteinä ovat edelleen sosiaalinen ja alueellinen tasa-arvo, terveys, riittävä tulotaso, turvallisuus, asunto, kohtuullinen sivistys ja onnistuneet ihmissuhteet. Taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset perusoikeudet on kirjattu uuteen perustuslakiin. Suurimmat hyvinvointierot alueellisesti eivät ole nykyisin kaupunkien ja maaseudun välisiä, vaan kaupunkien ja maaseudun sisällä: hyvinvoivimmat ihmiset löyty-

vät kaupunkien läheisellä maaseudulla asuvat ihmiset, kun taas huonoiten voivat syrjäisellä maaseudulla ja kaupunkien tietyillä lähiöalueilla asuvat ihmiset.

Hyvinvointi –käsitteen laajuudesta johtuen sen toteutumiseen vaikuttavat kaikki yhteiskuntapolitiikan sektorit. Maassamme on käynnissä useita toisiaan sivuavia ohjelmia kuten sosiaalialan kehittämishanke ja kansallinen terveydenhuollon hanke, Terveys 2015 ja Verkoistoituvat erityispalvelut (VEP), jotka kaikki tähtäävät, vaikkakin eri tulokulmista, hyvinvoinnin varmistamiseen ja kehittämiseen. Aluekeskusohjelman kansallisen koordinoinnin yksi painopiste onkin tiiviimmän yhteistyön ja koordinaation aikaansaaminen hyvinvoinnin edistämiseksi erityisesti sosiaali- ja terveysministeriön kanssa, mutta laaja-alaisesti hyvinvointiin välillisesti vaikuttavien muiden ministeriöiden, kuten opetus-, kauppa- ja teollisuus- sekä ympäristöministeriön kanssa. Hyvinvointisektorin toimijakentän laajentuminen on johtanut aluekeskuksissakin Baabelin torni -efektiin, jossa eri toimijat eivät ymmärrä toistensa kieltä tai käsitteitä. Aluekeskusohjelma-alueilla on oiva mahdollisuus toimia hyvinvointipolitiikan laaja-alaisessa poikkihallinnollisessa toteutuksessa ja ongelmien ennaltaehkäisyssä koordinoivana alueellisena foorumina, joka nivoo näitä toimijoita ja ohjelmia yhteen. Aluekeskusohjelma voi toimia vain strategisen yhteistyön areenana – varsinainen substanssiosaaminen on jatkossakin sosiaali- ja terveyden ammattilaisten alue. Vuoden 2004 aikana sekä asiantuntijat että käytännön kehittäjät olivat yhtä mieltä siitä, että aluekeskusohjelma on toiminut hyvin kentän kokoamisessa hyvinvoinnin edistämiseksi nopeasti ja radikaalisti muutuneessa sekä laajentuneessa kehittämiskentässä

Hyvinvoinnin edistäminen aluekeskusohjelmassa

Aluekeskuksissa hyvinvoinnin edistämistä voidaan tulkita tapahtuvan yhtäältä johtamisen ja organisoitumisen tehostamisen ja toisaalta kolmen teeman, eli elinkeinopolitiikan, osaamisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon, kautta (kuva 1).



Kuva 1.
Hyvinvoinnin
kehittäminen
aluekeskuksissa

Lähde: AKO-katsaus 1/2004, 11

Johtamisen ja organisoitumisen ensimmäinen ehto on seudullisen vision määrittely. Visiosta seuraava askel kohti käytäntöä on strategian määrittely ja tarvittavien muodollisten sopimusten laadinta. Samalla mukautetaan päätöksentekojärjestelmiä tarkoituksenmukaisella tavalla. Aluekeskusten kehittämisen yhteydessä on havaittu, ettei mikään organisoitumisen malli ole osoittautunut toista paremmaksi, vaan kyse on tietyn mallin sopivuudesta omalle alueelleen. Suurimassa osassa aluekeskuksista ollaan onnistuneesti saatu strategia valmiiksi. Onnistunut johtamis- ja organisoitumismalli rakentuu luottamukselle, jota on useilla suomalaisilla seuduilla jo mitattu kerran tai useamminkin. Seuraava suuri askel on käynnistää toimivat palvelujärjestelmät. Johtamisen uusi haaste on viedä strategia läpi koko palveluketjussa ruohonjuuritasolle asti. Johtajien lisäksi myös perustyöntekijöiden on tiedettävä miten heidän päivittäinen työ vie kohti yhteisesti määritettyjä tavoitteita. Sitouttamisessa on mahdollisuus myös organisatorisille innovaatioille.

Elinkeinopolitiikan kautta rakennetaan kaupunkiseutujen kilpailukykyä ja rahoituspohjaa hyvinvointipalveluille. Suorempi yhteys elinkeino- ja hyvinvointipolitiikalla on yhtäältä hyvinvointiteknologisten tuotteiden valmistuksessa ja toisaalta yrittäjyyden tukemisessa palvelujen tuotannossa, eli yritysten ja työpaikkojen luomisessa seuduille. Hyvinvointiteknologiassa huippuosaamisen vahvoja solmuja ja kanavia kansainvälisille markkinoille ovat suuret yliopistoseudut kuten Oulu, Tampere, Jyväskylä ja Kuopio. Keskisuurilla ja pienillä kaupunkiseuduilla tehdään merkittäviä tuoteinnovaatioita, mutta osaamisen ja elinkeinopoliittisen vaikutuksen vahvistamiseksi verkostoituminen suurempiin seutuihin on lähes välttämättömyys. Osaamisessa kehittämisen kenttiä aluekeskusohjelmissa ovat yhtäältä ammattitaitoisen työvoiman koulutus ja saatavuus, toisaalta kentän tarpeita vastaavaan tutkimustiedon tuottaminen. Menestyksekkäällä hyvinvointielinkeinopoliittisella kehittämisotteella saattaa olla myös potentiaalia imagomielessä jo lähitulevaisuudessa.

Valtaosalla aluekeskusohjelma-alueista ote on hyvinvointipalveluiden tuottamisessa, erityisesti niiden paremmassa strategisessa hallinnassa ja eri toimijoiden tehokkaammassa verkottamisessa. Toisaalta pyritään siirtämään paino vahvemmin ennaltaehkäiseviin toimiin kuten osallisuuteen. Näillä toimilla pyritään myös varmistamaan ettei elinkeinopoliittiset intressit voita tärkeintä, eli asiakaslähtöisyyttä, hyvinvoinnin edistämistä.

Hyvinvointipalvelujen tuottamisen suuret kysymykset: mitä, kuka ja missä?

Läpileikkaavina kysymyksinä kaikissa edellä mainituissa teemoissa on mitä ja missä tuotetaan ja kuka tuottaa. Hyvinvointipalvelut ovat eriytyneissä ”korkean” hyvinvoinnin palveluihin (esim. erikoistuneet päivähoitopalvelut), valtaväestön yleisesti tarvitsemiin peruspalveluihin (esim. terveydenhuolto) sekä ”pohjoisvointipalveluihin”, joilla viitataan suoraan hyvinvointivajeiden hoitoon (esim. lastensuojelu). Hyvinvointi lähtee liikkeelle itsestään huolen pitämisestä, mutta varsinaisia palveluja tuotetaan nykyään yhä enemmän julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Työnjako eri sektorin toimijoiden kesken ja palveluketjujen toimivuuden parantaminen on eräs aluekeskusohjelman keskeisistä kehittämisalueista. Julkisella sektorilla on edelleen järjestämis- ja rahoitusvastuu edelleen, mutta ei yksinomaista tuotantovastuuta, joka mahdollistaa erilaiset ostopalvelut. Tiettyjä palveluja tulee tuottaa lähellä käyttäjiä. Trendi on kuitenkin kohti vahvemmin seudullisesti tuotettuja palveluja. Tulevaisuuden seuduilla eri kunnissa saatetaan tuottaa erilaisia erikoistuneita palveluja. Mitä erikoistuneempi palvelu, sitä vahvemmin se on alueellisesti keskittynyt. Aluekeskusten kehittämisen eräänä perustavoitteena on taata maakuntakeskusten riittävän vahva perusta menestyksekkäälle hyvinvointipalvelutehtävien hoitamiselle. Monissa hyvinvointipalveluissa julkisella sektorilla on edelleen valvonta- ja sääntelyvastuu. Operatiivisina haasteina hyvinvointipalvelujen tuottamiselle ovat viimeisen kymmenen vuoden aikana nousseet kilpailuttaminen ja laatuvaatimukset. Näiden kysymysten ongelmanratkaisusta on aluekeskusohjelmassa tehty innovatiivisia ratkaisuja esimerkiksi Porin seudulla.

Olennaista aluekeskustyössä on löytää alueella jo asuvien sekä alueelle houkuteltavien uusien asukkaiden sekä yrittäjien hyvinvoinnin kokemuksen, palvelun tarpeiden ja palvelutodellisuuden

välinen tasapaino. Alueella vallitsevasta yleisestä hyvinvoinnin tasosta on tulossa yksi alueellinen kilpailutekijä yritysten valitessa sijaintipaikkaansa ja työntekijöiden valitessa asuinpaikkaansa.

Kristiina Poikajarvi: KUNTAKYSELYN TULOKSIA

Kristiina Poikajarvi, projektipäällikkö
Stakes
kristiina.poikajarvi@stakes.fi

Kyselyllä kartoitettiin kunnanjohtajien ja kuntien luottamushenkilöjohdon (kunnanvaltuustojen ja -hallitusten puheenjohtajien) näkemyksiä ajankohtaisista hyvinvointijohtamisen haasteista kunnissa, kuntien hyvinvointistrategiatyötä, strategiatyössä tarvittavia työvälineitä ja kansanterveysohjelman (Terveys 2015) käsittelyä kunnissa.

Aineisto kerättiin kyselyllä 15.3.-28.4.2004. Vastauksia saatiin 226 kunnasta (51 %) 141 kunnanjohtajalta (32 %) ja 144 puheenjohtajalta (124 eri kunnasta). Vain neljästä kunnasta saatiin vastaus sekä kunnanjohtajalta, että kummaltakin puheenjohtajalta. Kyselyn tulokset ovat suuntaa antavia, eikä niitä voi yleistää kaikkiin Suomen kuntiin.

Kunnissa seurataan parhaiten väestön elinoloja (78 %) ja elinympäristöä (61 %). Yleistä terveydentilaa seurataan yli puolessa (58 %) ja elämänhallintaa lähes puolessa (45 %) kunnista. Vähiten seurataan väestön elintapoja (30 %) ja väestöryhmien välisiä terveyseroja (32 %). Kunnanjohtajien mielestä väestön terveyttä seurataan (58 %) ja raportoidaan yleisemmin kuin terveyskyselyyn (Rimpelä 2004) vastanneiden ylilääkäreiden mukaan. Väestön terveydentilan kehityksessä ei todettu suuria muutoksia viimeisen viiden vuoden aikana. Suurimpana tulevaisuuden haasteena koettiin ikääntyvän väestön palvelutarpeet. Luottamushenkilöjohdolla oli väestön tilanteesta optimistisempi kuva kuin kunnanjohtajilla. Alle puolet kunnista (46 %) raportoi valtuustolle ja 56 % kunnanhallitukselle väestön terveydentilan kehityksestä. Pääasiassa raportoidaan perusturvalautakunnalle (75 %). Hyvinvointikertomus oli laadittu joka kymmenennessä kunnassa ja runsaassa kolmanneksessa se oli valmisteilla. Enemmistö (63 %) puheenjohtajista piti hyvinvointikertomusta tarpeellisenä uudelle valtuustolle kuntastrategian suunnittelun perustaksi.

Hyvinvointistrategioita tai ohjelmia valmistellaan lähes kaikissa kunnissa suurimman osan kohdistuessa vanhustenhuoltoon. Kunnissa tarvitaan tukea hyvinvointistrategioiden valmisteluun, hyvinvointitilinpito- ja laatu järjestelmän luomiseen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutukseen, hyvinvointijohtamisjärjestelmän kehittämiseen ja väestön hyvinvoinnin, terveydentilan ja elintapojen analysoimiseen. Viimeksi kuluneen vuoden aikana kunnat olivat saaneet eniten tukea sairaanhoitopiireistä, Stakesista, Kuntaliitosta ja sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Hyvinvointijohtamisen järjestelyt vaihtelevat kunnittain. Poikkihallinnollisten, useiden hallintokuntien yhteistyötä edellyttävien päätösten toimeenpano ja koordinointi on pääasiassa tapauskohtaista. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen erikoistunutta henkilöstöä on harvoin kunnan keskushallinnossa, 41 % kunnanjohtajista piti sitä kuitenkin tarpeellisenä.

Kunnissa oli selkeästi varauduttu kansallisen terveyshankkeen toteuttamiseen. Terveys 2015-kansanterveysohjelman näkyvyyttä ja tunnettavuutta tulisi kunnissa lisätä. Vaikka kansanterveysohjelman toimeenpanosta oli päätetty vain joka neljännessä kunnassa, ohjelmaan liittyviä tavoitteita oli silti asetettu. Tavoitteista priorisoitiin väestön tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen sekä lapsia ja nuoria koskevat tavoitteet. Vähiten esiintyi tapaturma- ja väkivaltakuolleisuus-tavoitteita sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamistavoitteita.

Suunnitelmien ja toimenpiteiden vaikutusten ennakkoarviointi (TVA, SVA) on kunnissa vähäistä. Terveystoimelta odotetaan suurempaa panosta ja aktiivisempaa otetta vaikutusten arvioinnissa ja aloitteiden tekemisessä muille kunnan sektoreille.

Leena Liimatainen: AMMATTIKORKEAKOULUYHTEISTYÖ: VAHVAA OSAAMISTA, SELVITYKSIÄ, KOULUTUSTA, VERKOSTOJA

Leena Liimatainen, TtT, koulutuspäällikkö
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, kehittämissyksikkö
leena.liimatainen@jypoly.fi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strateginen kehittäminen on kunnissa vielä melko uusi asia (Kinnunen ym. 2003, Uusitalo ym. 2003). Stakesin vuonna 2004 toteuttaman kuntakyselyn mukaan 70 % kyselyyn osallistuneista kunnanjohtajista arvioi luottamushenkilöiden ja kunnan johtoryhmän tarvitsevan koulutusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueella. Kunnissa tarvitaan erityisesti osaamista ja tukea kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilan seurantaan, kunnan hyvinvointitilinpitojärjestelmän luomiseen, ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointiin ja laatuja järjestelmän luomiseen. Lisäksi strateginen kehittämistyö edellyttää toimivaa alueellista yhteistyöverkostoa, riittäviä resursseja ja kunnan/seutukunnan/maakunnan kehittämissaasteista johdettuja sisällöllisiä ja toiminnallisia tavoitteita. Ammattikorkeakoulut tarjoavat merkittävän voimavaran kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön tukemiseen, kun ammattikorkeakoulun perustehtävät: koulutus, tutkimus- ja kehitystyö sekä aluekehitystoiminta valjastetaan suunnitelmallisesti palvelemaan kuntien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen strategista kehittämistä.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu on mukana Stakesin koordinoimassa TEJO- hankkeessa yhdessä Muuramen ja Keuruun kuntien kanssa. Ammattikorkeakouluyhteistyön uusia välineitä ja menetelmiä terveyden edistämisen paikallisten rakenteiden ja johtamisen kehittämiseksi on pilotissa kehitetty ja niitä kokeillaan vuosien 2002–2005 aikana.

Mitä lisäarvoa ammattikorkeakouluyhteistyö voi antaa kunnille hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikallisten rakenteiden kehittämiseen?

(1) Vahvaa projekti- ja kehittämisosaamista sekä soveltavan tutkimuksen osaamista, jota tarvitaan muutosprosessien läpiviemisessä kunnissa. (2) Yhteistoiminnallisen ja osallistavan kehittämistyön menetelmiä ja työkaluja, joilla kunnan eri toimijat yhteisen vuoropuhelun kautta sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin (3) Mahdollisuuden kytkeä ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon laajoja työelämän kehittämistehtävinä toteuttavia opinnäytetöitä kuntien kehittämistyöhön. (4) Tilata erilaisia hyvinvointiselvityksiä ja alueanalyyskejä tutkintoon johtavaan koulutukseen integroituina tehtävinä tai ostopalveluna. (5) AMK-yhteistyö tarjoaa kunnille uutta osaamista, tukea hyvinvoinnin, terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän toimintakulttuurin vahvistamiseen sekä (6) yhteistyössä kehitettyjä uusia toimintamalleja, joiden avulla terveystoiminnalliset tavoitteet muutetaan arjen käytännöiksi.

Ammattikorkeakouluyhteistyö rakentuu kunkin alueen ja toimijansa näköiseksi. Keski-Suomessa yhteistyön lähtökohtana on ollut paikallinen, seudullinen ja maakunnallinen yhteistyö. Kehittämisen tavoitteet ja prosessi on räätälöity kuntien mahdollisuuksien ja kehittämistarpeiden pohjalta yhteistyössä toimijoiden kesken. JAMK:n asiantuntijatiimi on toiminut prosessin ohjaajana, tukijana, jäsentäjänä, koordinoijana ja dokumentoijana. Lisäksi JAMK on ollut välittäjän roolissa kun-

tien ja Stakesin joskus erilaistenkin tavoitteiden yhteen sovittelijana. Kehittämisprosessissa on korostunut yhteistyö, verkostoituminen ja kehitystyön dynaamisuus. Olennaista prosessissa on ollut tiedon ja osaamisen levittäminen, jakaminen ja uudelleen yhdistäminen. JAMK:n, Muuramen ja Keuruun yhteisessä pilottiprojektissa täydennyskoulutus hyvinvointijohtamisen työkaluista on integroitu kehittämisprojektin sisälle konsultaatioihin, työkokouksiin ja yhteisiksi alueelliseksi koulutuspäiviksi Länsi-Suomen lääninhallituksen kanssa. JAMK on Stakesin kanssa kehittänyt luottamushenkilöille myös hyvinvointijohtamista ja päätöksentekoa tukevan erillisen koulutuksen ja sitä tukevan virtuaalisen tukimateriaalin <http://www.stakes.fi/hyvinvointi/lattila/>. Lisäksi JAMK on tarjonnut laajan yhteistyö- ja asiantuntijaverkostonsa kuntien käyttöön ja kuntien kehittämis-työ on kytketty laajemmin aluekehitystoimintaan, esimerkiksi Keski-Suomen maakunnalliseen hyvinvointistrategiatyöhön ja valtakunnallisten hyvinvointipoliittisten ohjelmien toteuttamiseen, esimerkiksi Terveys 2015-kansanterveysohjelman.

Puhetta paremmintyhteiskunnasta

Pentti Arajärvi, tohtori

Hyvinvointivaltion ja -yhteiskunnan hyvinvointitehtävien tulee täyttää eettisesti, moraalisesti, taloudellisesti ja sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla asukkaiden tarpeita. Lisäksi toiminnan tulee olla subjektiivisesti hyväksyttyä ja myös rakentaa elinkeino- ja työelämän ja julkisen toiminnan toimintaedellytyksiä. Hyvinvointi luo yrityksille ja elinkeinotoiminnalle edellytykset tuottavaan ja taloudelliseen toimintaan kouluttamalla väestöä, tuottamalla terveydenhuoltoa ja ympäristön-suojelua, tarjoamalla sosiaalipalveluilla mahdollisuuksia työllistymiseen ja vapauttamalla työvoimaa esimerkiksi vanhusten- ja lastenhuollosta työelämään. Kyseessä ovat niin ehkäisevät kuin korjaavat toimet. Kokonaisuuden tavoite on toimiva yksilön vapauden, tasa-arvon ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden kohtuullisesti takaava yhteiskunta.

Perimmäinen vastuu hyvinvoinnista on aina yksilöllä. Perusoikeustasolla tätä heijastaa perustuslain 18 §:n 1 momentti, jonka mukaan jokaisella on oikeus hankkia toimeentulonsa valitsemallaan työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Vaikka kyseessä on muodollisesti vapausoikeus, tulee säännös tulkita myös yksilön ensisijaiseksi vastuuksi omasta ja perheensä toimeentulosta sen eri ulottuvuuksissa. Samalla on kuitenkin muistettava yhteinen vastuu kaikista niistä, jotka eivät syystä tai toisesta kykene hankkimaan toimeentuloaan ja huolehtimaan itsestään. Edelleen perustuslakia lukien tällaisia perusteita ovat työttömyys, työkyvyttömyys, sairaus, vanhuus, lapsen saaminen ja huoltajan menettäminen. Vielä on todettava yhteinen vastuamme opiskelun aikaisesta toimeentulosta, lasten toimeentulon ja huolenpidon varmistamisesta sekä tietysti syystä tai toisesta vailla toimeentuloa ja huolenpitoa olevat, onpa syy mikä hyvänsä.

Hyvinvointiyhteiskunnan ja varsinkin sen tulevaisuuden olennainen osa on oikeus koulutukseen. Perusopetuksen kuulumisen kaikille julistaa jo jokainen ihmisoikeussopimuskin. Sen lisäksi on huolehdittava peruskoulun käyneiden jatkokoulutuksesta ja kaikkien mahdollisuudesta hankkia itselleen ammatti. Erittäin huolestuttavaa on runsas kymmenen prosenttia peruskoulunsa päättävistä, jotka eivät jatka perusopetuksen jälkeen missään toisen asteen koulutuksessa. Nämä nuoret eivät näytä olevan mikään ohimenevä ilmiö, vaan kolmenkymmenen vuoden iässäkin näyttää olevan runsas kymmenen prosenttia sellaisia, jotka sinnittelevät pelkän peruskoulun varassa. Tämä on se ryhmä, johon on kaikkein voimakkaimmin suunnattava toimenpiteitä, jos haluamme varmistaa hyvinvointiyhteiskunnan jatkumisen.

Hyvinvointiyhteiskunnan ylläpidon ideologinen vaara on ns. hyväosaisten kapina. Sen välttäminen on tärkein peruste sille, että yhteiset palvelut, ennen kaikkea koulutus ja terveydenhuolto, on pidettävä riittävän korkeatasoisena, jotta varakas väestönosa ei ala hankkia yksityisiä parempia palveluja yksityisiltä markkinoilta. Aikaa myöten he asettaisivat kuitenkin kysymyksen siitä, miksi heidän tulee osallistua yhteisten palvelujen rahoittamiseen. Tämän tien päässä on jakautuneet palvelut, jossa rappeutuneet julkiset palvelut on varattu vähävaraiselle kansanosalle ja ehkä jopa keskituloisille. Koulutusjärjestelmä monissa maissa on jo tämäläinen. Me olemme kyenneet välttämään sen ja painekin on purettu erilaisiin painotettuihin opetussuunnitelmiin.

Hyvinvoinnin mahdollinen uhkatekijä on myös julkisen talouden ja kansantalouden kriisi. Euroopan talous- ja rahaliitossa on tietyllä tavalla aina olemassa vaara, että emme kykene ylläpitämään sitä kasvavaa ja tervettä taloutta, jonka tuotosta voidaan poliittisen valinnan perusteella käyttää hyvinvointina. Kriisiytyvä julkinen talous ja valtiontalous johtavat käytännössä väistämättä hyvinvointipalvelujen ja etuuksien heikentämiseen, koska niiden osuus yhteiskunnan taloudessa on niin suuri. EMU:n vakauskriteerejä voidaan arvostella ja saattaa olla jopa vahingollista pitää niistä liian tiukasti kiinni. Suomen kansantalous on kuitenkin euroalueesta varsin pieni osa, joten on meidän etumme, että sääntöjä kunnioitetaan.

Kolmas hyvinvoinnin uhka sisältyy jo hokemaksi saakka esillä olleeseen väestön vanhenemiseen ja ikärakenteen muutokseen. Lähivuosikymmenen aikana Suomen nykyinen varsin edullinen elatusuhde muuttuu varsin epäedulliseksi. Toimenpiteisiin on ryhdytty: eläkejärjestelmää on remontoitu, työssä viihtymisen merkitys on ainakin tunnustettu, keskustelua käydään koulutusaikojen tiivistämisestä ja työttömyyden alentaminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat jatkuvasti merkittävästi esillä.

Hyvinvoinnin ja talouden keskinäisen suhteen tarkastelu vääristyy, jos hyvinvointia pidetään vain julkisen talouden ja kansantalouden kulueränä. Kaikilta olennaisilta osiltaan hyvinvointipolitiikka on itse asiassa investointi. Erityisen selkeää tämä on koulutuksessa, tutkimuksessa, tuotekehityksessä sekä ehkäisevässä terveydenhuollossa ja työturvallisuudessa. Myös erilaiset korjaavat toimenpiteet, kuten työntekijöiden nopea ja tehokas hoitaminen ja kuntouttaminen työkyvyttömyys- ja sairaustapauksissa on investointi. Sosiaalisten ongelmien nopea ratkaisu ja kustannusten minimointi niissä on varmasti kannattavaa. Monet sosiaalipalvelut luovat tosiasiasa edellytyksiä työllistymiselle ja ovat jopa aivan perustavanlaatuisia ylipäänsä työelämään osallistumiselle.

Yksi aikamme ns. megatrendi ja sen myötä myös hyvinvointietuuksien ja varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen trendi näyttää olevan yksilöllisyyden korostaminen, joka johtaa palvelurakenteen ja sen rahoituksen uuteen perustelemiseen. Rahoitusvastuuta ollaan mielellään siirtämässä palvelujen käyttäjille. Palvelujärjestelmiä puretaan, toistaiseksi kuitenkin vain kuntien ns. vapaasta toiminnasta, kuten leikkipuistojen ruokailusta. Tällaiset ovat kuitenkin indikaattoreina äärettömän herkkiä ja osoittavat sen kaltaista yhteisöllisyyden rapautumista, jota on pidettävä varsin huolestuttavana. Yhteisistä lakisääteistäkin palveluista esimerkiksi mielenterveyden avo- huollon ja päihdehuollon heikko kunto ovat huolestuttava piirre. Suuntaus on huolestuttava siinäkin mielessä, että yhteistoiminta näyttää yhteisön menestymisten kannalta selvästi edullisemmalta toimintatavalta kuin yksilöiden kilpailu.

Samaan yksilöllisyyden korostumiseen liittyy myös markkinaistaminen. Kilpailulla haetaan kustannustehokkuutta osittain siitä riippumatta, ovatko palvelut kilpailutettavissa. Sosiaalipalvelujen ensisijainen tehtävä on kuitenkin tasa-arvon toteuttaminen ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden edistäminen siten, että julkinen valta turvaa riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut alueellisestikin tarkasteltuna kaikille. Sosiaaliturvan tavoitteena on köyhyyden ja syrjäytymisen poistaminen, tulonjaon tasoittaminen, väestön toimeentulon ja tarpeiden tyydyttäminen sekä yhteiskunnallisen koheesion toteuttaminen. Voiton tavoitteluun perustavalla järjestelmällä tämä ei onnistu. Lisäksi yksilötasolla voidaan väittää merkitystä olevan sillä, otetaanko lapsi syliin tai keskustellaanko vanhuksen kanssa, mitä kaupallinen tehokkuus ei hae.

Yhtä markkinaistamisen piirrettä edustaa Euroopan unionin direktiiviehdotus palveluista sisämarkkinoilla. Sen tavoitteena on luoda oikeudellinen järjestely, jolla poistetaan palvelujen tarjoajien sijoittamisvapauden ja rajan yli tarjottavien palveluiden vapaan liikkuvuuden esteet. Direktiiviehdotuksen pohja on järkevä. Se ei pakota kuntia kilpailuttamaan palveluja, mutta jos kunta päättää kilpailuttaa, voidaan kysyä, miksei toisesta EU-maasta oleva palvelun tarjoaja tulisi kysymykseen.

Valtioneuvoston direktiiviehdotusta koskevassa kirjelmässä eduskunnalle todetaan, että koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelut kuuluvat direktiivin soveltamisalaan vain silloin, kun niistä suoritetaan tuotantokustannuksiin nähden huomattava vastike. Tämä kanta perustuu Euroopan yhteisön tuomioistuimen kantaan, jonka mukaan vähäinen vastike ei vielä luo samantapaisissa muissa tilanteissa palvelumarkkinoita. Direktiiviehdotus ei kuitenkaan puhu vähäisestä vastikkeesta vaan vastikkeettomasta palvelusta. Kanta on EY-tuomioistuimen tulkinnan varassa.

Kun kunnat ostavat yksityiseltä sektorilta palveluja, kyseessä ilmeisesti on vastikkeellinen toiminta, vaikka palvelun loppukäyttäjä, potilas tai sosiaalihuollon palvelun käyttäjä, ei merkittävää vastiketta maksaisikaan. Epäselvää direktiiviehdotuksen kannalta on se, onko kunnan kuntayhtymältä hankkima terveydenhuoltopalvelu ostopalvelu eli täyttääkö maksusuoritus vastikkeen määritelmän. Kunnat joutuisivat myös varsin uuteen asemaan, jos niiden pitäisi määritellä kuntayhtymältä ostamansa palvelut ostopalveluiksi ja toteuttaa hankintalainsäädännön mukainen kilpailutus näissäkin tapauksissa ja samalla määritellä laatutaso sellaiseksi, että se tyydyttää suomalaiset vaatimukset.

Varsinainen ongelma on kuitenkin alkuperämaaperiaate, joka on johtava periaate direktiiviehdotuksessa. Taustalla on ilmeisesti tavaroiden liikkuvuutta koskeva ajattelu, että pienten tavaroiden tarjoamisessa ei ole järkevää, että jouduttaisiin aina soveltamaan 25 jäsenmaan erilaisia lainsäädäntöjä, joten selvintä on soveltaa alkuperämaaperiaatetta. Palvelujen osalta tämä on varsin ongelmallinen ajatus. Vaikka direktiiviehdotuksen mukaan pyritään standardien ja valvonnan yhdenmukaistamiseen, perustuu valvonta enimmiltään erilaiseen tietojen vaihtoon ja alkuperämaan järjestelmään. Suomessa saattaisi syntyä kahden erilaisen standardin tarjonta, kun osaan palveluista noudatettaisiin kotimaista valvontaa ja laatutasoa ja toiseen jonkin muun jäsenmaan valvontaa ja laatutasoa. Esimerkiksi potilasvahinkolain mukainen menettely saattaisi vaarantua.

Eduskunnan suuri valiokunta onkin lausunnossaan linjannut eräitä varsin keskeisiä seikkoja direktiivin suhteen. Ensinnäkään se ei saisi vaikuttaa jäsenvaltioiden oikeuteen ja mahdollisuuksiin itse päättää yleishyödyllisten palvelujen, kuten koulutus-, sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämis- ja rahoitustavoista. Palvelujen valvonnan tulee tapahtua kaikissa tapauksissa kohdemaasta. Direktiivi ei saisi myöskään vaikuttaa kilpailutusveloitteeseen kunnan hankkiessa palveluja toiselta sairaanhoitopiiriltä, toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä. Alkuperämaaperiaatetta ei tule soveltaa sosiaali- ja terveyspalveluihin. Näillä vaatimuksilla asiallisesti ottaen viedään pohja pois ehdotetun kaltaisen direktiivin ulottamisesta erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Euroopan unionin perustuslaillisen sopimusluonnoksen sosiaalipolitiikkaa koskevat osat ovat osaltaan mielenkiintoisia. Yleisesti sosiaaliturva määritellään ns. jaetun toimivallan piiriin kuuluvaksi asiaksi. Kuitenkin sopimusluonnoksen I-15 artiklassa sosiaalipolitiikka on kytketty talous- ja työllisyyspolitiikkaan eli ns. Lissabonin strategiaan. Tällöin sosiaalipolitiikan asema muodostuu varsin epäselväksi tai erikoiseksi. Ilmeisesti sosiaalipolitiikka osana Lissabonin strategiaa on eri asia kuin sosiaalipolitiikka unionin muuna toimintana. Asiassa ei välttämättä ole mitään pahaa, mutta tilanne ei ole omiaan selkeyttämään sosiaalipolitiikan asemaa unionin politiikassa.

Perustuslaillisen sopimuksen uudistamiseen liittyy myös se, että yleishyödylliset palvelut voidaan määritellä eurooppalailla. Perinteisesti ne ovat olleet sellaisia kuin sähkö-, posti- ja puhelinpalveluja, mutta niiden laajeneminen sosiaali-, terveys- ja koulutuspalvelujen alueelle on selvästi käynnissä. Tätähän palveludirektiivikin heijastaa. Huomion arvoista on myös, että sopimusluonnoksen III-136 artiklan mukaan mm. sosiaaliturva-asetuksen 1408/71 muutokset tulevat määränemistöpäätösten varaisiksi. Tämä sinänsä on varmaan välttämätöntä ja jopa tavoiteltavaa, jotta 25 jäsenen unionissa voidaan toteuttaa tarvittavat ja järkevät toimenpiteet. Suomen ja varmaan myös Ruotsin kannalta ongelmallista on sosiaaliturvajärjestelmien pohjan erilaisuus, joka jo monella tavalla näkyy toiminnassamme. Suojarakenteena sopimusluonnoksen III-136 artiklassa on, että muutokset voidaan siirtää käsiteltäväksi Eurooppa-neuvostossa, jolloin korkeimmalla poliittisella tasolla viime kädessä voidaan rakentaa sosiaalipolitiikan turvaa.

Suomi on perinteisesti sosiaalipolitiikan suhteen toiminut unionissa varsin varovaisesti. On kuitenkin muistettava, että aloitevalta on aina komissiolla ja Suomen sosiaalipoliittisen järjestelmän perusratkaisut eroavat EU:n suurten jäsenmaiden perusratkaisuista. Sosiaalipolitiikkaa paitsi kytketään voimakkaasti työllisyys- ja talouspolitiikkaan sille myös syntyy periodisia ja tosiasiallisia rajoitteita. Kansallisesti olennaista on vahva talous ja sen luomat sosiaalipoliittisen liikkumisen

mahdollisuudet. Paine eurooppalaiseen sosiaalipolitiikkaan on vahva ja siksi on painotettava vahvaa kansallista perusrakennetta.

RINNAKKAISOHJELMIEN ESITELMÄT

A Mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämisessä?

Kansanterveyden edistäminen oli aikaisemmin suomalaisen terveydenhuollon päätehtävä. Ensin suuria haasteita olivat tartuntatautien vastustaminen ja äitien ja lasten terveyden edistäminen, seuraavaksi huomio siirtyi nuoriin (kouluterveydenhuolto), työikäisiin (työterveydenhuolto, sydäntautien ja syöpien ehkäisyyn) ja 1970-luvulla myös ikääntyviin. Terveydenhuollon tuloksia arvioitiin kansanterveysmittareilla. Parin viime vuosikymmenen aikana tulkinnot terveydenhuollon tehtävistä ovat muuttuneet. On väitetty, että terveydenhuollon selitysosuus kansanterveyden muutoksissa on vain 10-20 %. Kansallisessa terveydenhuoltohankkeessa terveydenhuollon ydintehtäväksi nähdään tautien hoitaminen, kansanterveyden edistäminen toteutuu pääosin terveydenhuollon ulkopuolella Terveys 2015 –kansanterveysohjelman puitteissa.

Onko terveydenhuollon merkitys kansanterveyden edistämisessä vähentynyt vai tulisiko myös 2000-luvun suomalaisen terveydenhuollon kantaa kansanterveysvastuuta ja sen tuloksia mitata viime kädessä kansanterveyden muutoksina? Keskustelun alustaa tutkimusprofessori Matti Rimpelä Stakesista.

Matti Rimpelä: MIKÄ ON TERVEYDENHUOLLON TEHTÄVÄ KANSANTERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ?

Matti Rimpelä, tutkimusprofessori
Stakes.fi
matti.rimpela@stakes.fi

Suomessa luotettiin varauksetta terveydenhuollon mahdollisuuksiin ja myös keskeisiin vastuisiin kansanterveyden edistämisessä. Kriittinen keskustelu terveydenhuollosta virisi 1980-luvulla ja vahvistui vuosituhaten vaihteessa. Useissa asiantuntijapuheenvuoroissa on väitetty, että terveydenhuollon osuus kansanterveyden muutoksissa on vain 10 - 20 %:n suuruusluokkaa. Samalla esitetään, että kansanterveyden edistämisessä terveydenhuollon rooli on toissijainen ja tärkeimmät toimijat ovat terveydenhuollon ulkopuolella. Terveyden edistäminen nähdään siis pääosin terveydenhuollon ulkopuolisena toimintana ja terveydenhuollon ydintehtävänä on sairaanhoito (ks. Rimpelä 2004).

Ovatko terveydenhuollon mahdollisuudet ja haasteet todella muuttuneet? Mikä on terveydenhuollon todellinen vaikutus kansanterveyteen? Millaiseen näyttöön väitteet perustuvat? Tulisiko 2000-luvun terveydenhuollon kantaa kansanterveysvastuuta vai riittääkö keskittyminen sairaanhoitoon? Mitä terveydenhuollon kansanterveysvastuu voisi suomalaisessa käytännössä tarkoittaa? Seuraavassa muutamia virikkeitä keskusteluun.

Terveydenhuollolla kiistaton kansanterveysvastuu aikaisemmin

Suomalaisessa terveystaloudessa historiassa terveydenhuolto on ollut tärkein toimija kansanterveyden edistämisessä aina 1990-luvulle saakka. Valtion ja kuntien yhdessä toteuttama terveydenhuolto alkoi rakentua jo 1800-luvulla. Koko maan ja myös terveystalouden koko kentän kattavaksi toimintajärjestelmäksi se laajeni 1970-luvulla. Pekka Kuusen kirjassa "1960-luvun sosiaalipolitiikka" ja kansanterveystyön uudistuksen perusteluissa 1970-luvun alussa on kuvattu tuon

ajan varsin varaukseton luottamus terveydenhuollon mahdollisuuksiin kansanterveyden edistämisessä.

On huomattava, että Suomessa - toisin kuin monissa muissa maissa - terveydenhuollon rooli kansanterveyden edistämisessä ei ole koskaan rajoittunut vain yksilötasoiseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Jo 1800-luvulla terveydenhoito eli hygienia jaettiin yksilölliseen ja yleiseen toimintaan. Yleistä hygieniaa olivat mm. 1880-luvulla voimaan tullut terveydenhoitosääntö ja kaupunkien ja kuntien terveydenhoitolautakunnat, joiden päähaasteita olivat mm. tarttuvien tautien monimuotoinen vastustaminen, äitien ja lasten terveyden edistäminen, puhdas vesi, jätevesihuolto ja työolot.

Valtionhallinnolla, erityisesti sosiaali- ja terveysministeriöllä ja lääkintöhallituksella, oli johtava rooli kansanterveyden edistämisessä aina 1990-luvulle saakka. Ensisijaisena toimeenpanorakenteena olivat lääninhallitukset ja kuntien terveydenhuolto. Kaikilla tasoilla - valtion keskushallinnossa, lääneissä ja kunnissa - terveydenhuolto toimi myös merkittävänä vaikuttajana ja asiantuntijana oman sektorinsa ulkopuolella. Tämä rooli korostui etenkin 1970-luvulla, jolloin sosiaali- ja terveysministeriön johdolla kehitettiin kansanterveyttä edistäviä toimintaohjelmia päihteistä ravintoon, vankeinhoidosta työoloihin ja liikenteestä asumiseen. Lähes kaikki yhteiskunnan toimintasektorit kattaneissa selvityksissä ja ohjelmissa terveydenhuollon yksiöillä ja asiantuntijoilla oli keskeinen osuus.

On huomattava, että 1950-luvulle saakka kunnan lakisääteinen terveydenhuolto keskittyi terveydenhoitoon. Kaupungin ja kunnanlääkäreiden virkatehtävät olivat ensisijaisesti terveydenhoitoa, yksilöllistä ja yleistä. Neuvolatyöstä ja kouluterveydenhuollosta säädettiin erityisissä laeissa, samoin terveyssisätoiminnasta. Kunnanlääkäreiden sairaanhoito oli pääosin yksityisvastaanottoa kansanterveyslain voimaantuloon saakka. 1950-luvulla erikoissairaanhoito siirtyi valtiolta kuntien muodostamille kuntainliitoille. Kansanterveyslaki laajensi kuntien omat tehtävät terveydenhoitosta perussairaanhoitoon.

Kansanterveystyön uudistamisen suuri linja 1970-luvulla oli kokonaisvastuu kansanterveydestä. Suomessa yhdistettiin ympäristöterveydenhuolto, työterveydenhuolto, terveysvalvonta perinteisempien ehkäisevien palvelujen kanssa kokonaisuudeksi, josta kunnat olivat vastuussa valtion ohjauksessa. Tämä oli varsin uusi ja innovatiivinen ratkaisu. Useimmissa muissa maissa nämä toiminnot ovat eriytyneet toisistaan.

Kriittinen keskustelu muuttaa terveystalouden suuntaa

Vielä 1970-luvulla ei juurikaan epäilty terveydenhuollon mahdollisuuksia kansanterveyden edistämisessä. Kriittinen keskustelu terveydenhuollon tehtävistä ja mahdollisuuksista alkoi 1980-luvulla ja voimistui edelleen vuosituhaten vaihteeseen tultaessa. Julkisuudessa alkoi esiintyä yhä enemmän puheenvuoroja, joissa epäiltiin terveydenhuollon mahdollisuuksia vaikuttaa kansanterveyteen yleensä ja erityisesti terveydenhuollossa toteutuvan terveystalouden, terveysneuvonnan, terveystarkastusten ja seulontatutkimusten hyötyjä. Kun 1990-luvun lama pakotti supistamaan toimintoja, kunnissa leikkaukset kohdistuivat erityisesti ehkäisevän terveydenhuollon toimintoihin.

1990-luvulla alettiin yhä yleisemmin väittää, että terveydenhuollon mahdollisuudet vaikuttaa kansanterveyteen ovat marginaalisia: terveydenhuollon selitysosuus kansanterveyden muutoksissa arvioitiin vain 10 - 20 %:n tasolle. Näissä puheenvuoroissa pääteltiin, että kansanterveyden edistämisessä päähuomio tulisi kiinnittää terveydenhuollon ulkopuoliseen toimintaan.

Kriittinen suhtautuminen terveydenhuollon rooliin kansanterveyden edistämisessä alkoi 1990-luvulla näkyä yhä enemmän myös keskeisissä terveystalouden asiakirjoissa (Rimpelä 2004). 2000-luvun kaksi tärkeintä ohjelmaa - Terveys 2015 -kansanterveysohjelma ja Kansallinen ter-

veydenhuoltohanke - jakavat terveystalouden kentän kahteen osaan: Terveystalouden 2015-ohjelma keskittyy terveydenhuollon ulkopuoliseen toimintaan ja terveydenhuoltohanke terveydenhuollon sisäiseen sairaanhoitoon.

Millaista näyttöä terveydenhuollon vaikutuksista on?

Terveydenhuollon osuudesta kansanterveyden muutoksissa on niukasti tutkimustietoja. Terveydenhuoltojärjestelmien kehitys ja rakenne on varsin erilainen eri maissa. Muissa maissa tehtyjä tutkimuksia on erittäin vaikea soveltaa Suomeen.

Joissakin tautiryhmissä on tehty yksityiskohtaisempaa tutkimusta. Syöpätaudeissa ennuste on parantunut paljon 1970-luvulta alkaen ja selitykseksi esitetään diagnostiikan ja hoidon tehostumista. Sydäninfarkti- ja aivoverisuonitautien vähenemisessä hoidon osuudeksi on esitetty arvioita kolmanneksista 70 %:iin. Erot päätelmissä riippuvat paljon siitä, millaiseksi arvioidaan terveydenhuollon osuus riskitekijöiden muutoksissa.

Suomalaisen terveydenhuollon vaikutuksista kansanterveyteen on erittäin niukasti tutkimustietoa. Päätelmiä suuntaan tai toiseen ei siis voi perustaa tutkimustietoon.

Millaisesta terveydenhuollosta puhutaan?

Pohdittaessa terveydenhuollon vaikutuksia kansanterveyteen olennainen kysymys on terveydenhuollon määrittely: Mistä toiminnoista puhutaan silloin kun puhutaan terveydenhuollosta? Varsin vakiintuneen käytännön mukaan terveydenhuolto kattaa Suomessa yksilöihin kohdistuvan terveyden ja sairaanhoidon lisäksi terveydensuojelun, työterveyshuollon ja ympäristöterveydenhuollon.

Kansainvälisessä keskustelussa on viime vuosina nostettu esiin terveydenhuollon "advocacy" tehtävä ("public health advocacy"). Suoran käännökseen mukaan tämä englanninkielinen käsite tarkoittaa jonkun asian puolesta puhumista tai kirjoittamista, laajasti ottaen vaikuttamista. Suoran oman järjestelmän kautta vaikuttamisen rinnalle merkittävä haaste on toimia terveydenhuollon ulkopuolella - sekä erilaisissa organisaatioissa että kansalaisten keskuudessa - asiantuntijana ja vaikuttajana terveysasioina.

Terveydenhuolto voidaan siis ymmärtää laaja-alaiseksi toimintakokonaisuudeksi, jolla lisäksi on myös yleisempi yhteiskunnallinen asiantuntija- ja vaikuttamistehtävä terveydenhuollon ulkopuolella. Toisaalta terveydenhuolto voidaan ymmärtää kapeasti yksilöön kohdistuvaksi terveyden- ja sairaanhoidoksi, terveyspalveluiksi, joissa keskitytään asiakkaiden ja potilaiden tarpeisiin. Edellisessä vaihtoehdossa kansanterveysosaaminen ja myös terveyden asiantuntija- ja asianajajatehtävä kuuluvat terveydenhuollon ydinosaamiseen. Jälkimmäisessä vaihtoehdosta vastaavaa asiantuntijamushaastetta terveydenhuollolla ei ole.

Kirjallisuutta

Rimpelä M. Ehkäisevä työ terveyskeskuksissa: Mikä on terveydenhuollon tehtävä kansanterveyden edistämiseksi? Kirjassa: Heikkilä M, Roos M (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki 2004: Stakes, sivut. 122-141.

B Terveyserojen kaventaminen kunnassa

Seppo Koskinen: VÄESTÖRYHMIEN VÄLISET TERVEYSEROT JA NIIDEN KAVENTAMINEN

Seppo Koskinen, ylilääkäri
Kansanterveyslaitos ja TEROKA-hankkeen projektiryhmä
seppo.koskinen@ktl.fi¹

Väestöryhmien välillä on suuria eroja useiden terveydentilan osoittimien mukaan. Toimihenkilöt ovat terveempiä kuin työntekijät, työssä käyvät terveempiä kuin työttömät, samoin mm. hyvätuloiset ja eniten kouluja käyneet verrattuina pienituloisiin ja pelkän perustason koulutuksen saaneisiin. Erot ovat samansuuntaiset lähes kaikissa terveysongelmissa. Ne ilmenevät jo imeväisiässä ja näkyvät selvinä vielä iäkkäimpienkin keskuudessa. Etenkin kuolleisuuserot ovat Suomessa suuremmat kuin useimmissa muissa Länsi-Euroopan maissa (Mackenbach ym. 1997).

Niin Suomessa kuin kansainvälisestikin terveyspolitiikan kaksi päätavoitetta ovat jo pitkään olleet (1) mahdollisimman hyvä terveyden taso väestössä keskimäärin ja (2) mahdollisimman pienet terveyserot väestöryhmien välillä. Ensimmäistä tavoitetta on tapana kutsua tasotavoitteeksi ja jälkimmäistä jakaumatavoitteeksi. Suomessa terveyspolitiikka on onnistunut hyvin ensimmäisessä tavoitteessaan: suomalaisten terveys on kohentunut ripeästi monien mittapuiden mukaan. Esimerkiksi vastasyntyneen elinajanodote on pidentynyt noin 8,5 vuotta 1970-luvun alusta lähtien ja monet kansansairaudet ovat huomattavasti vähentyneet. Sen sijaan jakaumatavoitetta ei ole viime aikoina lähestytty – joiltakin osin kehitys on jopa kulkenut tavoitteesta pois päin. 35-vuotias suomalaismies elää keskimäärin lähes 78-vuotiaaksi, jos hän on ylempi toimihenkilö, mutta hän kuolee 6 vuotta nuorempana, 72-vuotiaana, jos hän on työntekijä. Naisilla vastaava ero on 3,2 vuotta. Tämä ero on nykyisin naisilla yhden ja miehillä lähes 1,5 vuotta suurempi kuin pari vuosikymmentä sitten (Valkonen ym. 2003). Sairastavuuden ja toimintakyvyn sosioekonomiset erot ovat myös suuria eivätkä nekään ole kaventuneet (Kivelä ym. 2001; Martelin ym. 2001). Siviilisäätysten väliset kuolleisuuserot ovat huomattavasti kasvaneet viime vuosikymmeninä (Koskinen ym. 1999).

Mistä väestöryhmien väliset terveyserot johtuvat?

Terveyden eriarvoisuuden keskeinen taustatekijä on **aineellisten** ja **kulttuuristen** yhteiskunnassa selviytymistä edistävien resurssien epätasainen jakautuminen väestössä. Tämä eriarvoisuus aiheuttaa eri mekanismien välityksellä terveyseroja. Henkilön koulutus muokkaa mm. hänen terveyteen liittyviä tietojaan ja arvojaan sekä hänen ammattiuraansa. Se, missä ammatissa ihminen toimii puolestaan säätelee hänen altistumistaan erilaisille terveyttä vaarantaville työympäristön tekijöille, ohjaa hänen käyttäytymistään ja vaikuttaa hänen toimeentuloonsa. Henkilön taloudellinen tilanne puolestaan säätelee mm. hänen kulutusmahdollisuuksiaan sekä asuinolojaan. Hyvä sosiaalinen asema luo ylipäätään paremmat tiedolliset ja taloudelliset edellytykset asua ja työskennellä terveyden kannalta edullisessa ympäristössä ja valita terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja. Siviilisäätysten terveyserojen taustalla ovat avioliiton ja yleensä parisuhteen terveyttä edistävät vaikutukset, kuten sosiaalinen tuki, myönteinen kiinnittyminen sosiaaliseen ympäristöön sekä terveelliset elintavat.

Käyttäytymistekijöistä mm. **tupakointi** ja epäterveelliset **juomatavat** ovat yleisimpiä vähän koulutettujen ja työntekijäammateissa toimivien keskuudessa ja nämä terveyskäyttäytymisen

¹ Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Päivi Leino-Arjas, Eila Linnanmäki, Hannele Palosuo, Ritva Prättälä, Marita Sihto.

erot ovat viime aikoina korostuneet. Suomalaisten miesten keskuudessa alkoholikuolemat selittävätkin työntekijöiden ja toimihenkilöiden välisestä kuolleisuuserosta noin puolet 20–34-vuotiaiden ikäryhmässä ja viidenneksen 35–64-vuotiaillakin alkoholiin (Mäkelä ym. 1997). Tupakoinnin merkitys on samaa suuruusluokkaa. Käyttäytymiseen liittyvien tunnettujen vaaratekijöiden avulla on kyetty selittämään noin puolet sosioekonomisista sydän- ja verisuonitautikuolleisuuseroista ja myös osa kuolleisuuserojen muutoksista (Vartiainen ym. 1998). Juomatavat ja tupakointi näyttävät olevan tärkeitä myös siviilisäätien välisten terveyserojen syinä (Martelin ym. 2005, Martikainen ym. 2005).

Suomessa terveystalouden keskeinen tavoite on taata kaikille kansalaisille yhtäläinen terveyspalvelujen saatavuus ja laatu. Tästä huolimatta **terveyspalvelutkin** osaltaan kärjistävät terveyseroja. Esimerkiksi ohitusleikkauksiin toimihenkilöt pääsevät helpommin kuin työntekijät (Hetemaa ym. 2003) ja kaihileikkauksia tehdään suurituloisimmalle viidennekselle 40 % enemmän kuin pienituloisimmalle viidennekselle. Akuutin infarktin hoito on intensiivisintä, jos potilas on suurituloisen (Salomaa ym. 2001).

Osa terveyseroista johtuu edellä kuvattuun nähden käänteisestä syy-yhteydestä, terveyden perusteella tapahtuvasta **valikoitumisesta**: huono terveys voi vaikuttaa mm. henkilön sosioekonomiseen asemaan ja siviilisäätyn. Sosioekonomiset terveyserot näyttävät kuitenkin johtuvan pääosin sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta terveyteen (Marmot ja Wilkinson 1999). Siviilisäätien välisiä terveyseroja synnyttää osaltaan se, että huono terveys ja jotkut sille altistavat tekijät vähentävät mahdollisuuksia solmia parisuhde ja/tai lisäävät jo solmitun parisuhteen purkautumisen todennäköisyyttä. Näyttää kuitenkin siltä, että siviilisäätien terveyserot johtuvat suurelta osin parisuhteen tai sen puuttumisen vaikutuksista terveyteen (Joung ym. 1998, Koskinen ym. 1999).

Miksi terveyserot eivät ole kaventuneet terveystalouden tavoitteen mukaisesti?

Miksi jakaumatavoitetta ei ole lähestytty, vaikka tasotavoitteen osalta suomalaista terveystaloutta voidaan pitää menestystarinana? Yksi syy on siinä, että käytännön toiminnassa painopiste on ollut koko väestön keskimääräisen terveyden kohentamisessa. Sen sijaan terveyserojen supistaminen on jäänyt sivuun, kun politiikan tavoitteista on siirrytty toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen. Esimerkiksi keskeisiä kansanterveysongelmia, kuten astmaa, tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, mielenterveysongelmia, tapaturmia, liikunnan puutetta, tupakointia, alkoholin ja huumeiden käyttöä, sekä ympäristön terveysongelmia koskevissa tuoreissa toimintaohjelmissa ei ole ehdotettu, miten väestöryhmien välisiä eroja voitaisiin supistaa.

Jakaumatavoitteen lähestymiseksi on tähänastista pontevammin haettava keinoja, joilla väestöryhmien terveyseroja voidaan supistaa. Nämä keinot ovat tärkeitä myös tasotavoitteen kannalta. Terveyserojen kaventaminen kohentamalla sairaimpien väestöryhmien terveyttä lähemmäksi terveimpien ryhmien jo saavuttamaa tasoa voi olla tehokkain keino parantaa väestön keskimääräistä terveyttä, sillä suurten väestöryhmien huono terveys heikentää merkittävästi koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa.

Viimeaikaiset ja odotettavissa olevat yhteiskunnalliset muutokset, kuten pitkittynyt joukkotyöttömyys, tuloerojen kasvu ja suureneva maahanmuuttajaväestö, saattavat edelleen suurentaa terveyseroja, kun kasvava joukko ihmisiä on vaarassa syrjäytyä muusta yhteiskunnasta. Alkoholinkulutus on nopeasti kasvamassa ja tämä kehitys uhkaa jatkaa alkoholijuomien saannin helpotuttua ja hintojen laskettua. Aiempien kokemusten perusteella on ilmeistä, että alkoholinkulutuksen kasvu lisää nopeasti alkoholista aiheutuvia terveyshaittoja etenkin vähän koulutettujen, työntekijäammateissa toimivien ja muiden kuin avioliitossa elävien keskuudessa. Terveystaloudessa otetaan käyttöön uusia, entistä tehokkaampia – ja usein myös aiempaa kalliimpia – menetelmiä, joista näyttävät pääsevän hyötymään ensisijaisesti sosioekonomisen hierarkian ylimpiin ryhmiin kuuluvat henkilöt.

Tällainen kehitys ei kuitenkaan ole väistämätöntä. Suomestakin on vakuuttavaa näyttöä siitä, että määrätietoisella terveys- ja muulla yhteiskuntapolitiikalla voidaan supistaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Koillis- ja Lounais-Suomen välisten alueellisten terveyserojen kaventuminen on siitä erinomainen esimerkki. On pyrittävä terveyden tasaisempaan jakautumiseen väestössä kohentamalla etenkin huonoimmin menestyvien ryhmien terveyttä. Tämä edellyttää kuitenkin sellaista terveys- ja yhteiskuntapolitiikkaa, jossa terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen otetaan kaikkien päätösten keskeiseksi tavoitteeksi.

Miten terveyseroja voitaisiin kaventaa?

Terveyserojen kaventamiseksi on puututtava eroja synnyttäviin ja kärjistäviin tekijöihin. Yleisellä tasolla terveyden eriarvoisuuden vähentämiskeinot voidaan jäsentää seuraavasti:

- 1) aineellisten ja kulttuuristen voimavarojen lisääminen etenkin huono-osaisimmissa väestöryhmissä,
- 2) terveyttä edistävien elintapojen tukeminen erityisesti huono-osaisimmissa väestöryhmissä,
- 3) terveys- ja sosiaalipalvelujen kehittäminen erityisesti huono-osaisimpia väestöryhmiä paremmin palveleviksi,
- 4) yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla suunniteltujen ja tehtyjen ratkaisujen terveyserovaiikutusten arviointi ja ratkaisujen muokkaaminen arvioinnin perusteella,
- 5) toimet, joilla tuetaan sairaiden henkilöiden yhteiskunnallisen aseman säilymistä ja paranemista.
- 6) Terveyserojen syitä ja vähentämiskeinoja koskevan tutkimus- ja kehittämistyön vahvistaminen

TEROKA-hanke etsii terveyserojen kaventamiskeinoja

TEROKA on vuonna 2004 käynnistynyt monen eri toimijan hanke, jonka projektiryhmään kuuluvat Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen edustajat; ohjausryhmään myös STM:n ja Terveystieteiden keskuksen edustajat. TEROKA-hankkeen taustalla on em. laitosten ja yliopistotutkijoiden useiden vuosien yhteistyö, jonka tuloksia ovat mm. suomalaisen terveyserotutkimuksen bibliografia (Forssas ym. 1999, Manderbacka ym. 2000), arvio terveyserojen kaventamismahdollisuuksista yhteiskunnan eri toimintakentillä (Kangas ym. 2002) ja analyysi terveyserojen kaventamiskokemuksista ja -hankkeista Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa (Palosuo ym. 2004). TEROKA -hankkeessa kehitetään toimintatapoja ja tietopohjaa Terveys 2015 -ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi.

TEROKA-hankkeen keskeinen tehtävä on kehittää ja arvioida keinoja, joilla Suomen suuria sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja voitaisiin kaventaa. Tähän pyritään

- 1) suunnittelemalla, kokeilemalla ja arvioimalla – yhteistyössä käynnissä ja suunnitteilla olevien terveyden edistämishankkeiden (esim. Terve kunta -verkosto; Ikihyvä Päijät-Häme; Pohjois-Karjala-projekti; DEHKO; kansallinen alkoholiohjelma ym.) kanssa – erilaisia toimintamalleja terveyden ja sen edellytysten kohentamiseksi etenkin huono-osaisimmissa väestöryhmissä ja
- 2) tuottamalla em. kumppanuustyön tukemiseksi vuoden 2005 aikana terveyserojen kehitystä, syitä ja kaventamispyrkimyksiä esittelevän raportin *Terveystieteiden eriarvoisuus Suomessa*.

Lisäksi STM:n kanssa käydään keskusteluja kansallisen terveyserojen kaventamisohjelman valmistelusta, joka nojaisi edellä kuvattuun työhön ja sen tuloksiin.

TEROKA-hankkeessa väestön terveyden edistämiseen pyrkivät tahot (kunnat, järjestöt, valtiovalta, tutkijat ym.) etsivät yhdessä käyttökelpoisia keinoja kaventaa terveyseroja. Tavoitteena on rakentaa toimijoiden verkosto, jonka toiminnasta, yhteisestä ideoinnista ja kokemuksista saadaan malleja terveyserojen kaventamiseen. Jotta terveyserojen kaventaminen saataisiin osaksi terveyden edistämistä sekä kansallisessa terveyspolitiikassa että paikallistason toiminnassa, pyritään eri toimijoiden kanssa yhteistyössä kokoamaan käytännönläheisiä esimerkkejä terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmaa varten.

TEROKA-hankkeessa seurataan terveyseroja ja niiden syitä sekä näissä tapahtuvia muutoksia. Hankkeessa kootaan ja välitetään suomalaista ja kansainvälistä tietoa terveyserojen kaventamisesta päätöksentekijöiden ja toimijoiden käyttöön. Tavoitteena on yleisen terveyseroja koskevan tietopohjan vahvistaminen ja kuntien ja muiden toimijoiden tietämyksen lisääminen terveyserojen kaventamisen keinoista. Hankkeelle rakennetaan www-sivut, jossa kaikki tieto on vapaasti käytettävissä.

Yhtenä lähtökohtana terveyserojen kaventamiskeinojen kehittämiseksi Suomessa ovat kokemukset niistä maista, joissa terveyserojen kaventamiseen on eniten kiinnitetty huomiota (Palosuo ym. 2004). Esimerkiksi Ruotsin kuntien hyvinvointitaseita on pyritty kehittämään terveyserot huomioonottaviksi. Englannissa on kehitetty monialaiseen yhteistoimintaan perustuvia kumppanuusrakenteita ja toteutettu köyhyyden ja terveyserojen vähentämiseen tähtääviä laajoja alueellisia hankkeita. Hollannissa on järjestelmällisesti tutkittu erilaisten interventioiden vaikutuksia terveyseroihin.

TEROKA -ryhmä koostuu terveyseroihin ja niiden kaventamiseen perehtyneistä asiantuntijoista. Hankkeessa on lisäksi toiminnan tutkimuksen asiantuntijoita. Hanketta tukee ohjausryhmä, joka koostuu sosiaali- ja terveysministeriön, Kansanterveyslaitoksen, Stakesin, Työterveyslaitoksen, Terveyden edistämisen keskuksen ja Kuntaliiton johtajistosta.

Kirjallisuus

- Forssas E, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M, Valkonen T. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen supistaminen - bibliografia suomalaisista tutkimuksista. Stakes, Aiheita 40/1999, Helsinki 1999, 86 s.
- Hetemaa T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland A, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socioeconomic and gender equity in their use. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:178-185.
- Joung IMA, van de Mheen HD, Stronks K, van Poppel FWA, Mackenbach JP. A longitudinal study of health selection in marital transitions. *Soc Sci Med* 1998;46:425-35
- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M, toim. *Kohti terveyden tasaa*. Edita, Helsinki 2002.
- Kivelä K, Lahelma E, Roos E, Tuominen T, Dahl E, Diderichsen F, Elstad J I, Lissau I, Lundberg O, Rahkonen O, Rasmussen N Kr, Åberg Yngwe M. Sairastavuuden väestöryhmittäiset muutokset Pohjoismaissa 1980- ja 1990-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56:155-61.
- Koskinen S, Martelin T, Rissanen H. Siviilisäätyn kuolleisuuserot – kasvava kansanterveysongelma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1999;36:271-84.
- Mackenbach J, Kunst A, Cavelaars A, Groenhouf F, Geurts J & the EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997;349:1655-9.
- Manderbacka K, Forssas E, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. *Sosioekonomisten terveyserojen vähentäminen – suomalaisen tutkimuksen painopistealueet 1970–98*. Stakes, Aiheita 9/2000.
- Marmot M, Wilkinson RG, toim. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press 1999.
- Martelin T, Koskinen S, Kattainen A, Sainio P, Reunanen A, Aromaa A. Changes and differentials in the prevalence of activity limitations among Finns aged 65–74: comparison of the Mini-Finland Health Examination Survey (1978–80) and the FINRISK-97 Senior Survey (1997). *Yearbook of Population Research in Finland* 2002: 38:55–75.
- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, s. 93–102.
- Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. Terveyserot. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim 2005, painossa.

- Martikainen P, Martelin T, Nihtilä E, Majamaa K, Koskinen S. Marital status differences in mortality in Finland from 1975 to 2000: analyses of changes in marital status distributions, socio-demographic and household composition and cause of death. *Population Studies*, painossa.
- Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ* 1997;315(26):211-6.
- Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. *Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 162 sivua.
- Salomaa V, Niemelä M, Miettinen H, Ketonen M, Immonen-Räihä P, Koskinen S ym. Sepelvaltimotautikuolleisuuden, kohtausten ilmaantuvuuden ja kohtaustappavuuden yhteys sosioekonomiseen asemaan Suomessa vuosina 1983-1992. FINMONICAn infarktirekisteritutkimus. *Suomen Lääkäri-lehti* 2001;56:3811-7.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. *Hyvinvointikatsaus* 2003;2:12-18.
- Vartiainen E, Pekkanen J, Koskinen S, Jousilahti P, Salomaa V, Puska P: Do changes in cardiovascular risk factors explain the increasing socioeconomic difference in mortality from ischaemic heart disease in Finland? *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998;52:416-419.

Maire Ahopelto: MITÄ KUNNISSA/SEUTUKUNNISSA TULISI OTTAA HUOMIOON, KUN TERVEYSEROJA HALUTAAN KAVENTAA?

Maire Ahopelto, peruspalvelujohtaja
Utajärven ja Vaalan kunnat
maire.ahopelto@utajarvi.fi

Terveyserojen kaventamisen tavoitteena on lisätä kunnan väestön terveyttä ja hyvinvointia. Yksilöllä on vastuu omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Toisaalta kunnan vastuu perustuu lainsäädäntöön, Terveys 2015 –kansanterveysohjelmaan, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2004–2007, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategioihin 2010 ja kansallisiin suosituksiin. Kunnan palveluiden tulee vastata kuntalaisten tarpeita ja kunta vastaa terveyspalveluiden järjestämisestä. Kunta, järjestöt ja kuntalaiset yhdessä kehittävät terveyden ja hyvinvoinnin edellytyksiä. Terveyden edistäminen on osa toimintaa, jossa korostuvat terveet elämäntavat, tapaturmien torjunta, tartuntatautien torjunta, mielenterveys, eri ikäryhmien erityiset tarpeet ja ympäristö. Terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen tulee valita kunnan painopistealueeksi myös kunnan strategiasuunnittelussa.

Kunnan tehtävänä on edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia järjestämällä kuntalaisille terveellinen ja turvallinen elinympäristö, mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteensä ja elinympäristöönsä, edistää koko yhteisön hyvinvointia ja ehkäistä elinympäristön terveyshaittoja. Terveyden tukeminen ja edistäminen tulee huomioida kaikilla kunnan sektoreilla. Eri sektoreiden tulee ottaa kansalaisten terveys ohjaavaksi tekijäksi ja luoda edellytyksiä kansalaisten terveyden edistymiselle. Kunnan kaikilla hallinnonaloilla on vastuu kansalaisten terveydestä. Terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen eivät ole ainoastaan terveydenhuollon asioita.

Yhteistyö kunnan eri hallinalojen kesken on suunnittelun ja toiminnan lähtökohtana: sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi, vapaa-aikatoimi, nuorisotoimi, kulttuuritoimi, tekninen toimi, kaavoitus ym. Kaikkien hallinnonalojen ja toimijoiden tulee osallistua suunnitteluun yhdessä. Kuntalaisille tiedotetaan heidän mahdollisuuksistaan vaikuttaa omaan elinympäristöönsä. Tavoitteena on terveyden lisääntyminen ja terveyserojen vähentäminen.

Terveyseroja voidaan kaventaa kunnassa vaikuttamalla toimintapolitiikkaan, jolla kuntaa johdetaan sekä luottamushenkilötasolla että viranhaltijatasolla. Vaikutukset kohdistuvat väestön ja sen osaryhmien terveyteen. Kunnassa analysoidaan väestöryhmien välisiä terveyseroja. Niistä kerätään tietoja suunnittelun pohjaksi esim. hyvinvointikertomukseen. Analysoinnissa hyödynnetään olemassa olevia tilastoja ja kyselyitä. Palvelujen käytöstä ja palvelurakenteesta tehdään omat kuvauksensa. Palvelujen käytön analysointi antaa tietoa palvelutarpeista ja esim. ennalta ehkäisevän toiminnan kohteista. Kunnan väestön taloudellisesta tilanteesta tehdään arvioita, jolloin arvioidaan esim. tulo- ja koulutustaso. Hyvinvointitilannetta voidaan arvioida terveyspalveluiden käytöllä, elintapatutkimuksilla ja kyselyillä.

- **Toiminta kunnan sisällä:** analysoidaan kunnan eri väestöryhmät ja niiden terveystilanne – hyvinvointikertomus, valitaan painopisteet, toiminnan suunnittelu, strategiat, tavoitteet poikkihallinnollisesti koko kuntaan, eri hallintokuntiin, toimintayksiköihin
- **Toiminta kuntien välillä:** yhteisen toiminnan tavoitteet, mitä halutaan tehdä yhdessä, tarpeiden kartoittaminen kuntien sisällä, yhteiset tarpeet, strategioiden ja tavoitteiden tekeminen
- **Määrittelyt:** kunkin kunnan/väestöryhmän omat terveysongelmat, kehittämiskohteet, analysoidaan tilastoja; Kela, Stakes, Tilastokeskus, terveyskyselyt – hyvinvointitilinpito, yhteiset terveysongelmat ja kehittämiskohteet, yhteiset seurattavat asiat, indikaattorit, tavoitteiden ja toimintojen suunnittelu, hyvinvointistrategia
- Seuraavan vuoden/vuosien talous- ja toimintasuunnitelman pohjana ovat edellisten vuosien tiedot
- **Kuntien yhteistyö:** kuntien päätökset yhteistyön käynnistämisestä, kuntien sitoutuminen, päättäjät alusta saakka mukana, yhdessä viranhaltijoiden kanssa, asukkaiden mukaan ottaminen suunnitteluun?, Kuka vetää? ohjausryhmä? muut tiimit yli kuntarajojen, aikataulutus, vastuutus, arvionti
- **Kuntien yhteistyö:** päämäärät, mitä tavoitellaan?, mihin ollaan valmiita, mitä toteutetaan yhdessä, mitä toteutetaan itse kunnissa, kaikki kunnat yhdessä, kuntaparit, muutama kunta yhdessä, kuntien yhteinen palvelustrategia, kunnan sisäinen eri hallintokuntien yhteinen strategia.

C Indikaattoreita kuntien hyvinvointistrategian suunnitteluun ja päätöksentekoon

Nina Knape: INDIKAATTOREITA KUNTIEN HYVINVOINTISTRATEGIAN SUUNNITTELUUN JA PÄÄTÖKSENTEKOON

Nina Knape, kehittämisspäällikkö
Stakes
nina.knape@stakes.fi

Indikaattoreiden eli osoittimien tehtävänä on kuvata tutkittavana olevan ilmiön tilaa ja sen muutosta ajan myötä. Kuntakohtaisen, väestön hyvinvointia kuvaavan indikaattoritiedon tarve on noussut uudella tavalla esiin hallinnon hajauttamisen ja ohjausjärjestelmän muutosten myötä. Tiedon tarvetta on lisännyt valtion suositukset kunnille niiden ryhtymisestä valmistelevaan omia hyvinvointipoliittisia ohjelmiaan ja strategioitaan.

Stakes kehittää aktiivisesti yhdessä muiden sosiaali- ja terveysalan edustajien kanssa indikaattori-kokonaisuuksia palvelemaan erilaisia käyttäjäryhmiä. Keskeisenä tavoitteena on ollut tarjota indikaattoreita muun muassa paikallisille toimijoille hyvinvointipolitiikan suunnittelun ja arvioinnin avuksi.

Stakesissa on äskettäin avattu uusi tietopalvelu, indikaattoripankki SOTKANet. Tietopankki tarjoaa olemassa oleviin tietojärjestelmiin pohjautuen kaikista Suomen kunnista keskeisiä väestön hyvinvointia ja terveyttä koskevia tietoja vuodesta 1990 alkaen. Muita tarkasteltavia aluetasoja ovat muun muassa seutukunta-, lääni-, maakunta-, sairaanhoitopiiri- ja koko maan tasot. Tiedot on soveltuvin osin saatavissa myös sukupuolittain. Kaikista indikaattoreista on lisäksi asiantuntijoiden laatimat kuvaukset niiden tietosisällöstä, tulkinnasta, tietojen tuottajasta, tuotantovuosista sekä mahdollisista rajoituksista.

Aikaisemmin viitatus sosiaali- ja terveysalan edustajien yhteistyössä laatimat Hyvinvoinnin ja terveyden sekä Kuntaterveyden indikaattorit muodostavat tämän hetkisen indikaattoripankin tietoperustan, jota tullaan laajentamaan edelleen vaiheittain. Vuonna 2005 SOTKANetin tietosisältö laajenee muun muassa Terveys 2015 - ja SOTKA:n seurantaindikaattoreilla.

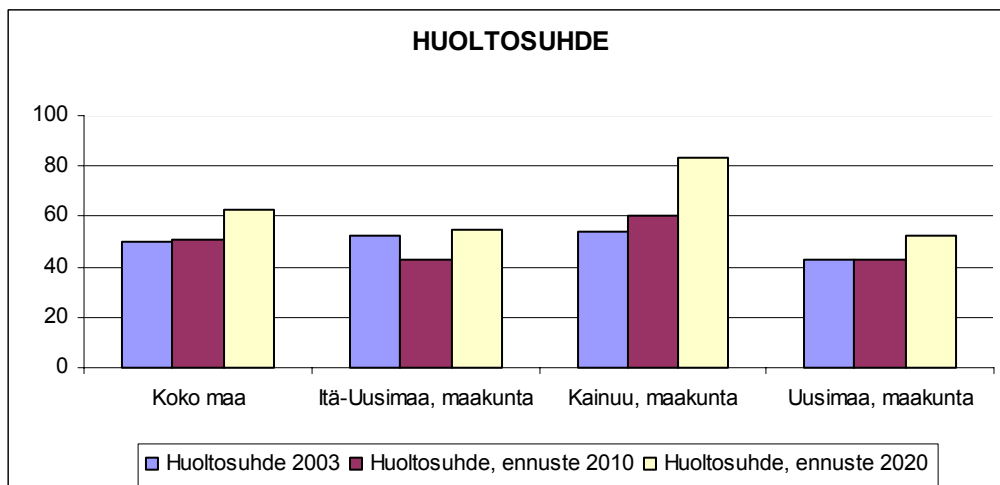
Seuraavassa on esitetty joitakin esimerkkejä indikaattoripankki SOTKANetin indikaattoreista ja niiden käyttömahdollisuuksista kuntien hyvinvointistrategisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa.

Esa Arajärvi: ESIMERKKEJÄ HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN INDIKAATTOREISTA JA NIIDEN TULKINNASTA

Esa Arajärvi, kehittämisspäällikkö
Stakes
esa.arajarvi@stakes.fi

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tulevaisuuden tarpeen ennakkoinnin yksinkertainen taustamuuttuja on huoltosuhde. Käsitteet huoltosuhde, väestöllinen huoltosuhde, taloudellinen huoltosuhde ja elatusuhde ovat häilyviä, tässä huoltosuhde tarkoittaa suhdetta $(0-14 \text{ vuotiaat} + 65 \text{ ja yli } 65 \text{ vuotiaat}) / 15-64 \text{ vuotiaat} * 100$. Toisin sanoen se ilmaisee lasten ja nuorten sekä vanhusväestön suhteessa työikäiseen väestöön. Huoltosuhde voidaan esittää myös ikäryhmittäin, esimerkiksi 0–14-vuotiaiden määrä suhteessa 15–64-vuotiaaseen väestöön. Taloudellisella huoltosuhteella tarkoitetaan tavallisesti työn ulkopuolella olevan väestön määrää suhteessa työssä oleviin.

Kuvio 1.



Huoltosuhteen muutos Suomessa tulevaisuudessa aiheutuu vanhempien ikäluokkien osuuden kasvusta. Kuviossa 1 on otettu esimerkiksi kolme väestöennusteen mukaan varsin erilaisen kehityksen maakuntaa. Kun Suomessa huoltosuhde on nyt keskimäärin 50, eli yksinkertaistaen sataa työikäistä kohti on 50 "huollettavaa" niin parinkymmenen vuoden päästä "huollettavia" on 63. Kainuussa muutos on nopeinta ja Itä-Uudellamaalla hitainta, Uudellamaalla taas ennusteen mukaan vuonna 2020 huoltosuhde on pienin.

Sitä kuinka paljon vaikkapa palvelujen tarve tai kustannukset muuttuvat ei tietystikään voi huoltosuhteen kehityksestä suoraan päätellä, vaan siihen tarvitaan lisäoletuksia (esimerkiksi miten palvelujen tarve muuttuu). Kiistämättä indikaattori kuitenkin pitemmällä aikavälillä näyttää havainnollisesti väestökehityksen suunnan. Saman ilmiön voi tietysti esittää monin eri tavoin ja tarvittaessa yksityiskohtaisemmin, esimerkiksi ikäryhmien prosenttiosuuksilla tai väestöpyramideilla.

Marja Niemi: ESIMERKKEJÄ KUNTATERVEYDEN PERUSTAULUKOT - HANKKEEN INDIKAATTOREISTA JA TULKINNASTA

Marja Niemi, kehittämisspällikkö
Stakes
marja.niemi@stakes.fi

Vaikka terveydenhuolto Suomessa ei kuluta muihin länsimaihin verrattuna mitenkään merkittävän suurta osaa bruttokansantuotteestamme, niin kuntien taloudessa se on kuitenkin yhdessä sosiaalitoimen kanssa yksi suurimpia menoeriä. Niinpä terveydenhuollon päätösten ja suunnitelmien tekoon tarvitaan tietoa, enää ei pitäisi missään toimia "mutu"-tuntumalla saati "yrityksen ja erehdyksen kautta".

Ajatusleikkinä yritän asettua kunnan asukkaille palveluita tuottavan terveystakeskuksen (johtavan) ylilääkärin asemaan uutena työntekijänä ja kuvittelen suunnittelevani tulevan/tulevien vuosien toimintaa. Tällöin ensimmäinen kysymykseni olisi, mikä on oman "vastualueeni" väestön ikärakenne, ennuste sen suhteen ja terveystilanne verrattuna muihin. Tilannekartoituksen suoritan tietenkin esitykseni aiheena olevien kuntaterveyden indikaattoreiden avulla esim. seuraavalla tavalla:

Lapsiin kohdentuvaa palvelutarvetta kuvastaa yksikertaisimmillaan 0–6-vuotiaiden osuus väestöstä eli lastenneuvolatyö rokotuksineen ja määrääikaistarkastuksineen. Luotettavan ehkäisyn epäonnistumista tai puuttumista kuvaavat raskaudenkeskeytykset. Keskitasoa korkeammat luvut niissä ovat haaste paitsi perhesuunnittelupalveluille myös kouluterveydenhuollolle ja äitiysneuvolatyössä synnytyksen jälkitarkastuksia tekeville.

Vastualueen työttömyyden ja yksinhuoltajuuden tulisi olla sekä sosiaalitoimen että terveydenhuollon piirissä pohdittavia asioita, koska niihin liittyy usein erilaisen niin taloudellisen kuin henkisenkin tuen tarvetta.

Kouluterveyskyselyn kautta saatava indikaattoritieto lasten ja nuorten terveystyöskäytymisestä (alkoholi, tupakointi, liikunta) tarjoaa mahdollisuuden kouluterveydenhuollolle keskittyä riskikäyttäytymisen vähentämiseen, jos sellaista on havaittavissa. Neuvoa voi tietenkin kysellä sieltä, missä havaitsee asioiden olevan paremmin kuin omalla vastualueellaan.

Väestön sairastavuutta suuriin kansantauteihin kuvaavat välillisesti erityiskorvattavien lääkkeiden käyttö sepelvaltimotautiin, verenpainetautiin, diabetekseen ja astmaan. Tässä yhteydessä on

syitä muistaa, ettei lääkkeiden käyttö sinänsä kuvaa välttämättä jonkin sairauden esiintyvyyttä, vaan kyse on diagnosoiduista potilaista. Esim. tyypin 2 diabeetikkoja on arvioitu olevan diagnosioimattomina jopa kymmeniä tuhansia maassamme. Hoitokäytäntöjen vaihtelu selittää myös osaltaan alueellisia eroja. Indikaattoreiden käyttö vaatii siis laaja-alaista ajattelua ja taustatietoja virhetulkintojen välttämiseksi.

Mielenterveyden indikaattorit kuvannevat oletettavasti vain "jäävuoren huippua", kun arvellaan merkittävän osan hoitoakin tarvitsevasta masennuksesta olevan hoidon ulottumattomissa. Hoitopäivät ja hoidetut potilaat kuvaavat palveluiden käyttöä, joka ei ole sama asia kuin tarve. Osaa indikaattoreista voi tarkastella vain koko maan tasolla, esim. mielestäni tärkeitä aikuisväestön terveyskäyttäytymistä, koettua terveyttä ja terveysongelmia sekä merkittävää ylipainoisuutta. Tämä tarjoaa kuitenkin mahdollisuuden vertailuun, mikäli näitä samoja asioita on selvitetty oman väestön piirissä.

Ajatusleikkini lopputulos on, että koen indikaattorit omalta osaltaan erinomaiseksi "raaka-aineeksi" sen tiedon jalostamisessa, jota tarvitaan terveydenhuollon toimintoja suunniteltaessa ja kehitettäessä.

D Uudistuva lastenneuvola ja perhepalveluverkoston rakentaminen

Marjaana Pelkonen: PÄÄTÖKSENTEKIJÄN VASTUU NEUVOLATOIMINNASTA UUDEN LASTENNEUVOLAOPPAAN LINJAUKSISSA

Marjaana Pelkonen, ylitarkastaja
sosiaali- ja terveysministeriö
marjaana.pelkonen@stm.fi

Kunnilla on lakisääteinen vastuu väestön terveydestä, terveyden edistämisestä ja terveystalvolutuista, myös lastenneuvolapalveluista. Neuvoloiden toimintaedellytykset ovat 1990-luvulla huonontuneet. Esimerkiksi yli puolet terveyskeskuksista on arvioinut Stakesin syksyllä 2003 tekemän selvityksen mukaan, että niiden voimavarat terveyden edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan ovat melko tai erittäin riittämättömät. Samaan aikaan lasten ja perheiden terveyspulmat ovat monimuotoistuneet ja vaikeutuneet. Tiedossa on, että 10-30 % lapsiperheistä on erityistuen tarpeessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama asiantuntijatyöryhmä julkaisi syksyllä 2004 uuden lastenneuvolaoppaan, jonka tarkoituksena on tukea neuvolatoiminnan kehittämistä ja johtamista, erityisesti neuvolatyön toimintaedellytysten vahvistamista. Vastuu näistä tehtävistä on asemansa vuoksi ennen kaikkea päätöksentekijöillä, joita ovat johtavat viranhaltijat ja kunnalliset päätöksentekijät. Lähtökohtana on, että terveyskeskuksessa on nimetty neuvolatyöstä vastaava hoitotyön ja lääketieteen edustaja.

Keskeisiä neuvolatyön kehittämisen sisällöllisiä linjauksia ovat erityistukea tarvitsevien lasten ja perheiden auttamisen tehostaminen, vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen, koko perheen terveyttä edistävien elintapojen tukeminen sekä moniammatillisen lapsiperheiden hyväksi tehtävän yhteistyön järkevöittäminen.

Neuvolatoiminnan onnistumisen välttämätön ehto on väestön tarpeisiin nähden riittävä ja osaava henkilöstö. Tehtyjen laskelmien mukaan oppaan suositukset pystytään toteuttamaan, jos yhtä terveydenhoitajaa kohden on korkeintaan 340 ja lääkäriä kohden 2400 lasta silloin kun sijaista ei ole. Neuvolassa työskentelevät tarvitsevat säännöllistä täydennyskoulutusta ja työnohjausta kyttäkseen vastaamaan lapsiperheiden tarpeisiin.

Moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä erityistukea tarvitsevien perheiden auttamiseksi, mutta myös laajemmin lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Monessa kunnassa onkin lähdetty kehittämään lapsiperheiden parissa työtä tekevien useiden ammattiryhmien työn koodinointia. Toimiva yhteistyö edellyttää, että palvelut on verkostoitettu, niitä suunnitellaan, kehitetään, arvioidaan ja johdetaan. Oppaassa ehdotetaan kolmea keskeistä rakennetta: työntekijöiden muodostamaa perhepalveluverkostoa, palvelujen kehittämistä varten suunnittelu- ja seurantarhymää ja perheiden asioiden käsittelyä varten neuvolatyöryhmää. Perhepalveluverkoston avulla voidaan mm. parantaa tiedonkulkua, hoitoketjuja, turvata jatkuvuutta sekä poistaa toiminnasta päällekkäisyyksiä tai selviä puutteita. Lupaava työväline yhteistyön kehittämisessä on kunnan lapsipoliittinen ohjelma, jollainen on tehty tai tekeillä noin kahdessa kolmasosassa kuntia. Lapsipoliittiset ohjelmat ovat tuottaneet uutta yhteistyötä ja uusia toimintamalleja sekä resurssien uudelleen suuntaamista.

Sekä johtavien viranhaltijoiden että kunnallisten päätöksentekijöiden on huolehdittava siitä, että neuvolatoiminta on olennainen osa kunnallista päätöksentekoa. Tämä tarkoittaa, että neuvolatoiminta sisältyy terveys- ja sosiaalitoimen suunnitteluasiakirjoihin ja että neuvolatoiminnasta raportoidaan säännöllisesti kunnan päättävälle elimille mahdollisimman selkein tunnusluvuihin. Neuvolatoiminnan tiedontarve on huomioitu uusissa tilastoinnin ja terveysseurannan kehittämisestä käsittelevissä asiakirjoissa. Toisaalta kunnissa on jo nyt tietoja, joita ei vielä hyödynnetä neuvolatoiminnan suunnittelussa ja seurannassa.

Oppaaseen sisältyvät ehdotukset ovat kustannuksiltaan varsin kohtuullisia, varsinkin jos otetaan vertailukohdaksi jo syntyneistä sairauksista ja ongelmista aiheutuvat kustannukset. Ministeriössä on alustavasti arvioitu, että koko neuvolaikä kestävät palvelut maksavat 1600 - 2000 euroa lasta kohden. Koska kuntien talous on tiukalla, kannattaa yrittää vähentää korjaavan toiminnan kustannuksia ehkäisevää toimintaa tehostamalla. Se tulee kunnille pitkällä aikajänteellä halvemmaksi. Kuntien saama sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus lisääntyy kolmena seuraavana vuonna. Tätä rahaa kannattaa suunnata ehkäisevään työhön. Lisäksi kunnat voivat hakea hankerahaa lapsiperheitä koskeviin hankkeisiin kansallisen terveydenhuoltohankkeen ja sosiaalialan hankkeen hankerahoista, jotka lähivuosina ovat poikkeuksellisen suuret.

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin turvaaminen on keskeisiä yhteiskuntapoliittisia painoalueita. Tähän toimintaan on sitoutettu mukaan useita tahoja. Neuvolatoimintaa kehittävät osaltaan myös lääninhallitukset ja Suomen Kuntaliitto. Stakesissa on kehitteillä lasten ja nuorten hyvinvointiindikaattorit. Muutaman vuoden toiminut valtakunnallinen neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus levittää mm. tietoa hyvistä käytänteistä ja organisoii vuosittaiset neuvolapäivät.

Tarkoituksena on ennen kaikkea tehostaa neuvoloiden ehkäisevää ja terveyttä edistävää toimintaa. Jos oppaan tavoitteita ja toimintalinjauksia pystytään toteuttamaan eri tahojen yhteistyönä, voimme odottaa, että uudistuva neuvola kehittää osaltaan terveyskeskusten toimivuutta ja vahvistaa lasten fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä perheiden hyvinvointia, erityisesti erityistukea tarvitsevilla perheillä. Tämä merkitsee lasten terveyserojen kaventamista ja syrjäytymisriskin lieventämistä ja näkyy myös kuntalaisten hyvinvoinnissa.

Lastenneuvolat lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. 2004. Oppaita 14. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lastenneuvolat lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. 2004. Julkaisuja 13. Sosiaali- ja terveysministeriö. (kuntapäätäjille lähetetty I osa oppaasta)

Tuovi Hakulinen-Viitanen: MITÄ NEUVOLATOIMINNALLE KUULUU? Valtakunnallisen selvityksen tuloksia

Tuovi Hakulinen-Viitanen, TtT, projektipäällikkö
Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos
tuovi.hakulinen@uku.fi

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta on olemassa vähän ja hajallaan olevaa tietoa. Vuonna 2002 perustetun Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä tekemän valtakunnallisen neuvolaselvityksen tarkoituksena on saada tietoa äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen nykytilanteesta ja kehittämistarpeista. Valtakunnallista selvitystä edelsi Itä-Suomen läänissä tehty pilottiselvitys, jossa selvitettiin muun muassa neuvolatyön voimavaroja, johtamista ja toimintatapoja (Varjoranta ym. 2004). Pilottiselvityksen pohjalta tunnistettiin useita neuvolatoiminnan kehittämisa alueita, kuten henkilöstövoimavarojen riittämättömyys, neuvolatoiminnan koordinointi ja johtaminen sekä neuvolapalvelujen ja -toiminnan sisällön vaihtelut. Pilottiselvityksen pohjalta kävi ilmi tarve vastaavan tiedon saantiin koko maasta.

Valtakunnallisen neuvolaselvityksen aineisto kerättiin syksyllä 2004 Etelä-Suomen, Länsi-Suomen, Oulun ja Lapin läänin jokaisen terveyskeskuksen neuvolatyön johtavalta viranhaltijalta sekä neuvolassa toimivilta lääkäreiltä ja terveydenhoitajilta yhteensä yli 4 500 henkilöltä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joita oli pilotoinnin pohjalta edelleen kehitetty. Vuoden 2004 loppuun mennessä kyselylomakkeen täytettynä oli palauttanut 75 % johtavista viranhaltijoista, 29 % neuvoloissa toimivista lääkäreistä ja 47 % terveydenhoitajista. Aineisto on tallennettu SPSS-ohjelmalle. Aineiston analysoinnissa käytetään kuvailevan tilastotieteen menetelmiä ja sisällön analyysiä.

Tulokset valmistuvat alkuvuodesta 2005 ja ne antavat arvokasta tietoa neuvolatoiminnan tilasta koko Suomessa. Tietoa saadaan muun muassa siitä, onko terveyskeskuksissa nimetty neuvolatyön kokonaisuudesta vastaavaa henkilöä ja minkälaisia moniammatillisia lapsiperheiden tukemiseksi tarkoitettuja työryhmiä kunnissa toimii. Selvityksestä laaditaan valtakunnallinen yhteenveto sosiaali- ja terveysministeriön julkaisusarjaan ja tarvittaessa läänikohtaiset raportit. Tarkoituksena on järjestää myös läänikohtaisia julkistamistilaisuuksia. Kunnat voivat hyödyntää saatua tietoa päätöksenteon perustana sekä neuvolatoiminnan johtamisen ja kehittämisen tukena. Tuloksia hyödynnetään myös valtakunnan tasolla neuvolatoiminnan tukemisessa ja seurannassa.

Lähde: Varjoranta P, Pirskanen M, Pelkonen M, Hakulinen T & Haapakorva A. 2004. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003. Selvityksiä 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Lars Rosenberg: NEUVOLATOIMINNAN KEHITTÄMISMALLI PORVOOSSA

Lars Rosenberg, apulaisylilääkäri
Porvoon sosiaali- ja terveyskeskus
lars.rosenberg@porvoo.fi

Neurolaverkosto on maan kattava ennalta ehkäisevän terveydenhuollon toimintakokonaisuus perusterveydenhuollossa. Verkosto toimii kiinteässä yhteistyössä erikoissairaanhoidon yksiköiden kanssa ja toiminnalla onkin saavutettu maailman alhaisimpiin kuuluva imeväiskuolleisuus ja terve lapsuus suomalaisille. Neuvaloissa kiinnitetään huomiota lapsen niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin hyvinvointiin.

Työ on kuitenkin sairauspanoraaman monimutkaistuessa muuttunut yhä vaativammaksi. Yleisesti on myös todettu, että mahdollisimman varhaisella puuttumisella kielteiset kehityskulut ovat paljon helpommin katkaistavissa. Kielteiset kehityskulut liittyvät yhä useammin koko perheen psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ongelmiin. Lasten fyysinen kasvu ja kehitys on hyvinvointiyhteiskunnassa kohtuullisen ongelmatonta ja lapset ovat siltä osin enimmäkseen terveitä. Tosin ylipainoisuudesta näyttää kehittyvän todellinen terveyspommi suomalaiseenkin yhteiskuntaan ja sen juuret ovat lapsuudessa ja siis neuvolatyön tavoitettavissa. Useimmiten suurimmat haasteet ovat sellaisissa psyykkisissä ja sosiaalisissa ongelmissa mitkä edellyttävät laajaa yhteistyötä perheen ja eri yhteiskunnan palvelusektoreiden kesken. Ongelmiin tulee tarttua jo siinä vaiheessa kun ne vasta ovat orastamassa lapsen kannalta kielteisiksi. Työssä tarvitaan hyvää yhteistyötä sosiaalitoimen ja päivähoidon kanssa. Harvakseltaan kyseeseen tulevat peräti kiireelliset lastensuojelullisetkin toimenpiteet.

Pienen lapsen vauvavaihe ja ensimmäiset elinvuodet ovat sitä etsikkoaikaa jolloin yhteydet neuvolaan ovat parhaimmillaan. Jo tässä vaiheessa rakentuvat yhteistyöt neuvolan ja perheen kesken. Neuvolatyössä panostetaan yhä enemmän *koko perheen* hyvinvointiin ja kannustetaan isiäkin mukaan neuvolakäynneille. Näin saadaan parhaiten kokonaiskäsitys perheen hyvinvoinnista ja rakennetaan luottamusta neuvolan ja perheen kesken. Jos ongelmia ilmenee niiden esiin ottaminen helpottuu molemmin puolin. Perinteisesti lapsen kehitystä on laaja-alaisesti tutkittu lapsen 5-vuotistarkastuksessa, jolloin tutkitaan lapsen kehitystä ja kypsyttää erityisesti koulunkäyntiäkin ajatellen. Tarvittaessa lapsi ohjataan erityistyöntekijöiden lisätutkimuksiin ja kuntoutukseen.

Nykyään lapset aloittavat esikoulunsa jo 6-vuotiaana ja yhteiskunnassa on havaittavissa paineita alentaa koulunaloitusajankohtaa nykyisestäkin. Tämä aiheuttaa myös uusia haasteita neuvolatyölle. Meidän on entistä aikaisemmin löydettävä ne tapaukset jotka edellyttävät lisätutkimuksia ja tukea kielteisten kehitysten ehkäisemiseksi. Tästä näkökulmasta kehityskulkuun tulisi puuttua systemaattisella työotteella jo selvästi aiemmin kuin 5-vuotiaana. Siksi Porvoossa on vireillä hankke neuvolatoiminnan uudistamiseksi siten, että 3-vuotiaan kontrolli laajennetaan systemaattiseksi kaikkia lapsia ja heidän perheitään koskevaksi laaja-alaiseksi kartoitukseksi.

Uudenlaisessa 3-vuotiskontrollissa tarkistetaan koko perheen näkökulmasta lapsen ja perheen hyvinvointi. Sen lisäksi että tarkistetaan lapsen yksilöllinen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi tarkistetaan lapsen ja perheen kannalta kaikki ne tuen muodot ja etuudet mitkä ovat tarpeelliset ja perustellut. Saako lapsi kaikki ne päivähoidon palvelut, erityistuet- ja opetukset mitä se tarvitsee? Onko perheen sosiaaliset tuet hoidetut? Ovatko asumisasiat kunnossa? Onko työvoimaviranomaisten palvelut hyödynnetty jne? Otetaan siis tarkastelunäkökulmaksi koko perhe ja sen hyvinvointi jo lapsen ollessa 3-vuotias. Tavoitteena on tässä vaiheessa aktiivisesti "ottaa kiinni" perheen ongelmista ja pohtia mitä asialle olisi tehtävissä jotta ongelmista selvittäisiin. Tähän työhön tarvitaan systemaattisia uusia yhteistyömuotoja eri yhteiskunnan palvelusektoreiden kesken, johon projektillamme haemme uusia muotoja. Kohteena ovat kaikki perheet,

Pia Romppainen & Arja-Leena Saunio: EHKÄISEVÄN PÄIHDETYÖN KEHITTÄJÄVERKOSTO TEORIASTA KÄYTÄNTÖÖN VERKKOKURSSIN KEINAIN

Pia Romppanen, suunnittelija & Arja-Leena Saunio, suunnittelija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Kehittäjäverkostosta ydinryhmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003 mukaan nimitystä ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkostosta (418 henkilöä) eriytettiin vuoden 2004 tammikuussa kehittäjäverkosto, johon kuuluu 22 henkilöä. Kehittäjäverkosto koostuu niin ennaltaehkäisevän kuin hoitotyön osaajista. Kehittäjäverkosto toimii ydinryhmänä, jonka kanssa Ehkäisevä päihdetyö -ryhmä kehittää ehkäisevän päihdetyön (ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito) sisältöjä ja aineistoja. Tuotettuja materiaaleja suunnataan Neuvoa-antavat -portaaliin ja päihdetyössä toimiville ammattilaisille, ennen kaikkea ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston käyttöön.

Kehittäjäverkosto toimii paikallisasiantuntijoiden verkostona, joka pystyy erilaisten kehittämistehtävien tiimoilta osallistumaan esimerkiksi valtakunnallisten päihdepoliittisten ohjelmien suunnitteluun. Kehittäjäverkoston jäsenet voivat toimia erilaisten raporttien, ohjelmien ja tutkimusten kirjoitustyössä. Verkoston jäseneltä odotetaan osallistumista Neuvoa-antavat -portaalien kehittämiseen ja sisällöntuotantoon. Lisäksi verkoston jäsenet voivat osallistua koulutustehtäviin.

Kehittäjäverkoston kautta valtakunnallisen tason suunnitelmiin ja strategioihin saadaan haluttaessa jo niiden suunnitteluvaiheessa riittävästi eri ammattiryhmien, eri alueiden ja erilaisten kuntien näkemystä. Uusiin suunnitelmiin on mahdollista sisällyttää jo valmisteluvaiheessa paikallinen ja alueellinen näkökulma sekä realistinen kehittämisote. Kehittäjäverkoston kirjoitustyössä hyödyntämisen tarkoituksena on, että muun muassa julkaisuja ja materiaaleja pyritään työstämään enemmän työtä ohjaaviksi.

Ehkäisevän päihdetyön perusteet -verkkokurssi

Kehittäjäverkoston toiminta käynnistyi helmikuussa 2004 kolme kuukautta kestäväällä *Ehkäisevän päihdetyön perusteet* -verkkokurssilla. Kurssi toimi kehittäjäverkoston perehdyttämiskokonaisuutena ja oli samalla verkoston ensimmäinen varsin mittava kehittämisote. Kurssi sijaitsi verkkopohjaisessa oppimisympäristössä ja se suoritettiin käytännössä kokonaisuudessaan verkossa. Kurssiin sisältyi kaksi lähipäivää.

Stakesin Ehkäisevä päihdetyö -ryhmän tuotantotiimi tuotti kurssin sisällön perustan. Kurssin tavoitteena oli jäsentää ja selventää muun muassa ehkäisevän päihdetyön hajanaista peruskäsitteistöä ja kiinnittää huomiota ehkäisevän päihdetyön laatuun. Tuotantotiimi valitsi kurssin sisällöksi asiakokonaisuuksia, joiden koettiin kaipaavan yhteistä kehittämistä ja vertaistyöskentelyä kehittäjäverkostoon valittujen osaajien kanssa. Ehkäisevän päihdetyön määrittelyyn ja kehittämiseen haluttiin osallistuvan eri ammattiryhmien edustajia.

Kurssin päätavoitteena oli, että *Ehkäisevän päihdetyön perusteet* -kurssin sisällöstä muokataan tehtävävastausten ja yhdessä käytyjen keskustelujen perusteella tuotos. Tuotos tulee näin ollen kaikkien päihdetyössä työskentelevien käyttöön ja sitä hyödynnetään päihdealan koulutuksissa.

Työskentelyn tulokset

Työskentelyssä hyödynnettiin uutta teknologiaa kehittämistyön välineenä. Verkkopohjainen oppimisympäristö mahdollisti verkkokurssin ja yhteydenpitokanavan tarjoamisen ajan ja paikan

suhteen joustavasti. Verkossa sijaitseva oppimisympäristö ensinnäkin mahdollisti kehittäjäverkoston uuden tyyppisen ehkäisevän päihdetyön sisällön ja osallistumisen tuottamis- ja muokkauksellisuuden. Toiseksi kehittäjäverkosto pystyi oppimisympäristössä työskentelemään joustavasti toistensa ja Ehkäisevä päihdetyö -ryhmän kanssa.

Kurssin tärkein merkitys oli se, että verkkopohjainen oppimisympäristö tarjosi havainnointi-, kommunikointi- ja yhteistyökaluja kehittäjäverkoston jäsenille, jotka sijaittivat hyvinkin kaukana toisistaan. Kommunikointi verkossa ja verkkokeskustelut tarjosivat kokemusten mukaan vaihtoehtoisen tavan kehittäjäverkoston jäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen. Tämä vahvisti osallistumista ja samalla mahdollisti uusien ideoiden yhteisöllisen jakamisen.

Kehittäjät verkottuivat konkreettisesti uuden työvälineen myötä. Verkkokurssin ehdoton vahvuus oli rikkoa ylhäältä alas perinteisesti voimassa oleva oppija- ja asiantuntija-asetelma. Suuri hyöty koettiin myös ajankäytössä ja tavoitettavuudessa. Eri puolilla Suomea asuvat kehittäjäverkoston jäsenet saivat mahdollisuuden jakaa toistensa kanssa kokemuksia ja oppia uutta. Kurssin ohjelma satoi tiettyyn yhteiseen aikatauluun, mutta ajan ja paikan omalle ajankäytölle jokainen pystyi valitsemaan itse.

Lisätietoa: <http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat> > työvälineet <

Päivi Kaarto: KEHITTÄJÄVERKOSTON KOKEMUKSIA PROSESSISTA

Päivi Kaarto, erikoissairaanhoitaja
Nivalan kaupunki, A-klinikka
paivi.kaarto@nivala.fi

Kehittäjäverkosto aloitti toimintansa 3.2.2004. Verkostoon valittiin 22 ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöä, jotka työskentelevät niin ennaltaehkäisevässä kuin hoitotyössäkin. Kaikkia meitä yhdisti halu oman työn kehittämiseen ja halu luoda uusia työ- ja toimintamalleja ehkäisevään päihdetyöhön. Kaipasimme myös vertaistukea ja yhdessä tekemistä. Koimme kehittäjäverkostoon pääsemisen mahdollisuutena, jonka avulla voisimme tuoda tunnetuksi ehkäisevää päihdetyötä nykyistä enemmän.

Kehittäjäverkoston toiminta käynnistyi kolmen kuukauden ”ehkäisevän päihdetyön perusteet”-verkkokurssilla. Kurssin tarkoituksena oli mm. selvittää ehkäisevän päihdetyön peruskäsitteitä ja kiinnittää huomiota ehkäisevän päihdetyön laatuun. Kevään aikana kävimme läpi kuusi asiakokonaisuutta, jotka olivat: ehkäisevän päihdetyön peruskäsitteet, uuteen ehkäisevän päihdetyön malliin, arviointi ja tuloksellisuus, arvioinnin tulokset käytäntöön: näin syntyy hyvää ehkäisevää päihdetyötä, huumeiden käyttäjät ja huumeuskulttuurit, mielipiteitä kurssista ja jatkotyöskentely.

Käytännössä opiskelu sujui siten, että saimme luettavaksemme Stakesin Ehkäisevä päihdetyöryhmän tuottamia tekstejä. Tekstit sisälsivät yksilötehtäviä, joiden pohjalta kävimme vilkasta keskustelua verkon välityksellä.

Verkossa työskentely oli osalle uutta, osa meistä oli opiskellut jo aikaisemminkin verkon välityksellä. Työskentelyn kannalta tärkeäksi koettiin ensimmäinen lähipäivä, jolloin tutustuimme toisiimme ja saimme perusteellisen perehdytyksen A&O- oppimisympäristöön. Hyväksi verkko-työskentelyssä koettiin mm. joustava ajankäyttö, reaaliaikainen keskustelu kollegoiden kanssa, toimiva vuorovaikutus, helppo oppimisympäristö sekä ohjaajien antama tuki. Huonoksi työskentelyssä koettiin mm. tiivis aikataulu tehtävien palautusten suhteen, vähäiset ”kasvokkain kohtaukset” muiden verkoston jäsenten kesken sekä helposti väärinymmärretyksi tuleminen.

Olemme kaikki tyytyväisiä viime kevään työskentelyyn. Olemme havainneet hyödyn olevan molemmipuolista sekä Stakesille että edustamillemme työyksiköille ja paikkakunnille. Olemme kaikki oppineet uutta, saaneet toinen toisiltamme tukea työhömmme ja uskoa huomiseen ottaen huomioon mm. nykyisen alkoholipolitiikkamme. Loimme hyvin toimivan verkoston ja toivomme vastaavanlaisen toiminnan jatkuvan tulevaisuudessakin.

F Vertailukehittäminen vanhustenhuollon tieto-ohjauksessa

G Elämänhallintaa karieksen ehkäisyyn - ammattilaisten työpanos väestön hammassairauksien hoitoon

Eeva Widström: HAMMASHOITUUDISTUS MUUTOSGENERAATTORINA

Eeva Widström, ylilääkäri
Stakes
eeva.widstrom@stakes.fi

Suun terveydenhuolto on maassamme radikaalin uudistuksen kohteena. Lapsiin ja nuoriin keskittyneestä melko suljetusta terveystakeskushammashoidosta ja etupäässä nuorten hoitoa tukeneesta sairausvakuutusjärjestelmästä ollaan nyt kehittämässä koko väestön huomioon ottavaa ja sen hoidon tarpeista lähtevää hoitojärjestelmää, jossa myös palvelujen käyttäjillä on valinnan mahdollisuuksia. Vuoden 2002 lopussa lainsäädännöllisesti tapahtuneet uudistukset, ikärajojen poistaminen terveystakeskusten hammashuollosta ja sairausvakuutuskorvausten laajentaminen tukemaan kaiken ikäisten aikuisten perushammashoitoa yksityisiä palveluita käytettäessä, ovat jo asettaneet suuria muutospaineita hoitojärjestelmälle ennen kaikkea julkisella, mutta myös yksityisellä sektorilla.

Niin kuin lisärahoitus muussakin toiminnassa lisää kulutusta, myös hammashoidon kysyntä on uudistuksen jälkeen kasvanut kummallakin sektorilla. Aikuisväestön hoidon kysyntää lisää uudistuksen hampaiden hoidattamiseen kohdistaman huomion ja ammattilaisten aktiivisen markkinoinnin ohella myös aikuisväestön aikaisemmasta parantunut suun terveys - niin paradoksaaliselta kuin se kuulostaakin. Tutkimusten mukaan hampaattomien aikuisten osuus on vähentynyt kahdessakymmenessä vuodessa naisilla 37:stä 12 prosenttiin ja miehillä 23:sta 14 prosenttiin. Enää vain noin 5 % työikäisestä väestöstä on kokonaan hampaattomia, kun eläkeläisillä vastaava luku on vielä noin 40 % . Keski-ikäisellä väestöllä ja hampaallisilla ikäihmisillä aikaisemmat hoito-toimenpiteet - ennen kaikkea vanhat paikat - aiheuttavat paljon sellaista korjaavan hoidon tarvetta, jota on mahdoton itse ehkäistä.

Lapsilla ja nuorilla tilanne on toisenlainen. Indikaattori-ikäluokkana käytettyjen 12-vuotiaiden reikiintyneiden, paikattujen tai muuten hoidettujen hampaiden valtakunnan tason keskiarvot putosivat vuoden 1974 luvusta 7,4 arvoon 1,2 jo vuonna 1991. Sen jälkeen suun terveys ei ole enää tällä mittarilla mitattuna parantunut (tältä jo sinänsä hyvänä pidetyltä tasolta), vaikka lasten

ja nuorten hoitoon on käytetty jatkuvasti runsaasti terveyskeskusten resursseja ns. järjestelmällisen hammashoidon ideologian mukaisesti. Vasta 1990-luvulla järjestelmällisen hoidon toimintatapoja ryhdyttiin kritisoidaan ehkäisevän terveystalouden ja kansanterveystyön pääasiallisena välineenä. Tutkimustulokset maailmalla viittasivat lasten ja nuorten suun terveyden tilan olevan yhteydessä väestön koulutus- ja elintason ja tapakulttuuriin. Euroopan unioniin liittyminen toi mukanaan tietoa vähemmän holhoavista hoitojärjestelyistä ja silti hyvistä terveystuloksista monissa maissa. Maailmalla suurta mielenkiintoa herättäneet kotimaiset preventiotutkimukset ovat osoittaneet hammassairauksien ehkäisyllä uuden suunnan: tavallisimmat suun sairaudet, karies ja ientulehdukset, ehkäistään parhaiten kotioloissa ja arkielämässä - ei hammashoitoloissa.

Tämän päivän prioriteetit ovat erilaisia kuin silloin kun hampaattomuus oli osa normaalia ikääntymistä. Vaatimukset hoitojen vaikuttavuudesta ja kustannus-tehokkuudesta asettavat monet vanhat rutiinit hammashuollossakin kyseenalaisiksi. Terveystaloustiede on selkiyttänyt ymmärrystämme siitä että monet hyvää tarkoittavat toimenpiteet, joiden vaikuttavuudesta ei voida olla varmoja, saattavat viedä resursseja välttämättömiltä hoidoilta jossakin toisessa kohdassa. Itsehoitoa ja terveellisiä elämäntapoja korostetaan myös Euroopan unionin uudessa kansanterveysstrategiassa. Strategian toteuttaminen vaatii eri ammattiryhmien yhteistyötä ja monenlaisten politiikkojen yhteensovittamista.

Terveyspoliittiseen ajatteluunne syvälle iskostunutta ajatusta oikeudenmukaisuudesta ja tasavertaisuudesta ollaan vasta nyt toteuttamassa aikuisten hammashuollossa. Tulossa oleva hoitotakuu lisää entisestään paineita hyödyntää käytettävissä olevat hoitoresurssit parhaalla mahdollisella tavalla. Ainakin teoriassa uusien haasteiden pitäisi kannustaa myös uusiin ratkaisuihin. Suun terveydenhuollon toimintatapojen muuttaminen järjestelmäkeskeisyydestä väestön oman elämän hallintaa tukevaksi onkin uuden vuosituhannen suuria haasteita. Toinen suuri haaste on saada väestö ottamaan arkipäivän vastuu omasta ja läheistensä suun terveydestä ja ymmärtämään asemansa valistuneina hoitopalvelujen kuluttajina.

Hannu Hausen: HAMPaiden REIKIINTYMISEN EHKÄISEMINEN EI OLE SUUN TERVEYDENHUOLLON YKSINOIKEUS

Hannu Hausen, professori
Oulun yliopisto
hannu.hausen@oulu.fi

Eräessä kunnassa tehtiin hiljattain valtuusaloite ksylitolipurukumin tarjoamisesta ruokailun jälkeen päivähoitossa ja perusopetuksen luokilla 1-6. Tavoitteena oli saada päivähoito ja koulu mukaan hampaiden reikiintymisen torjuntaan. Ksylitolipurukumin pureskelun tiedetään jossain määrin suojaavan hampaita neutraloimalla happamuutta, jonka kariesbakteerit aiheuttavat ruokaan sisältyvien fermentoituvien hiilihydraattien avulla. Aloite torjuttiin. Koulutuslautakunnan mukaan oppilaiden hampaiden kunnosta huolehtiminen kuului ensisijaisesti hammashoitolan tehtäviin. Sitkeästi tunnutaan yleisestikin uskottavan, että hammashoitolat voivat huolehtia kansalaisten suun terveyden ylläpitämisestä ja edistämisestä, kunhan hoidossa vain käydään riittävän usein. Tämä usko lienee peräisin parinkymmenen vuoden takaa, jolloin hammashoitoloissa tehtiin paljon ehkäiseviä toimenpiteitä ja jolloin reikiintyminen väheni siitäkin huolimatta, että kariesongelma voidaan hallita hammashoitoloissa tehtävin ehkäisevin toimenpitein, ja panostusta terveysneuvontaan vähennettiin. 1990-luvulla hampaiden reikiintymisen väheneminen pysähtyi. Samalla vuosikymmenellä Vantaalla tehdyn tutkimuksen tulokset osoittivat, että karieselle erityisen alttiiden lasten hampaiden reikiintyminen ei silloisissa oloissa ollut hallittavissa suurellakaan

lisäpanostuksella hammashoitoloissa tapahtuvaan ehkäisytöimintaan. Kuopiossa ja Jyväskylässä puolestaan havaittiin, että ehkäisytöimenpiteiden määrän vähentäminen ei heijastunut lasten hampaiden reikiintymisen lisääntymisenä ainakaan kolmen vuoden aikavälillä. Tämä vahvisti epäilyksiä siitä, että hammashoitoloissa tehtävien kariesta ehkäisevien toimenpiteiden tehokkuus oli 1990-luvun oloissa vaatimaton.

Karies on yhä varsin yleinen sairaus. Reikiintyneiden hampaiden paikkaus ja paikattujen hampaiden ylläpitohoito vievät leijonanosan hammashoitoloiden työpanoksesta. Jos hampaiden reikiintyminen ei ole ehkäistävissä hammashoitoloissa tehtävin toimenpitein, mitä sitten voitaisiin tehdä? Tätä pohdittaessa on hyvä tietää, miten reiät syntyvät. Sokeria ja muita käymiskelpoisia hiilihydraatteja sisältävien tuotteiden tiheään toistuva nauttiminen altistaa hampaat reikiintymiselle. Jokainen tällaisten tuotteiden nauttimiskerta johtaa hampaiden pinnalla olevien kariesbakteerien aineenvaihdunnan aiheuttamaan happohyökkäykseen, jonka seurauksena hammaskiille hieman liukenee. Jos tällaisia happohyökkäyksiä tapahtuu vain harvoin, liukenemat korjaantuvat syljen vaikutuksesta sellaisten lepojaksoiden aikana, jolloin kariesbakteereilla ei ole käytössään hapontuottoon tarvittavaa ravintoa. Kun vallitsee terve tasapaino hyökkäys- ja lepojaksoiden välillä, hampaaseen ei tule reikää. Mutta jos lepojaksia on niin vähän, että sylki ei ehdi korjata hyökkäysjaksojen aikana syntyneitä hammaskiilteen liukenemia, hampaaseen syntyy reikä, joka ennen pitkää joudutaan paikkaamaan.

Nykytiedon mukaan sellaiselle hampaanpinnalle, joka pidetään täysin puhtaana, ei voi tulla reikää. Hyvä suuhygienia onkin reikiintymisen torjunnan kulmakivi. Kariesbakteereille kelpaavien tuotteiden tiheään toistuvan napostelun välttäminen on myös oiva keino hillitä hampaiden reikiintymistä. Virvoitusjuomia, makeisia ja muita naposteltavia ei ole hyvä käyttää päivittäin, vaan niistä nauttiminen olisi hyvä keskittää erityistilanteisiin. Niissäkään napostelun ei pitäisi olla kokopäiväistä, vaan lepojaksollekin pitäisi varata aikaa. Makeannälkäisten ”karkkihampaiden” onneksi napostellakin voi, jos osaa suojautua asianmukaisesti. Fluori on tärkeä hampaiden reikiintymistä hillitsevä suojatekijä. Kun syljessä on riittävä määrä fluoria happohyökkäyksen aikana, kiilteen liukeneminen vaikeutuu. Fluorin riittävä saatavuus lepojaksoiden aikana edesauttaa liukenemien korjaantumista. Sillä, mistä syljen fluori on peräisin, ei ole väliä. Ehkä yksinkertaisin tapa syljen riittävän fluoripitoisuuden ylläpitämiseksi on hampaiden harjaaminen fluoripitoisella hammastahnalla. Yksi kerta päivässä ei kuitenkaan riitä, vaan fluorihammastahnalla on harjattava ainakin kahdesti päivässä. Reikiintymistä voi ehkäistä myös katkaisemalla happohyökkäykset heti syömisen tai napostelun päätyttyä. Tämän voi tehdä vaikkapa nauttimalla lopuksi juustoa tai pureskelemalla ksylitolipurukumia. Tosi fiksua ”karkkihammas” huolehtii ennen karkinsyöntiä siitä, että syljessä on riittävästi fluoria, ja katkaisee happohyökkäyksen ksylitolilla heti karkinsyönnin päätyttyä.

Suun terveyden uhkat ovat siellä, missä ihmiset elävät arkista elämäänsä, ja sinne on niitä ehkäisevä toimintakin saatava siirtymään. Suun sairauksia voidaan ehkäistä vähäisin muutoksin elintavoissa ja sellaisin yksinkertaisin toimin, joihin ei tarvita suun terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Nyt tarvitaan hallinnolliset rajat ylittävää terveyden edistämistyötä, jonka seurauksena hampaiden reikiintyminen saadaan jälleen vähenemään. Suun terveydenhuollon johtajien on ryhdyttävä ponteviin toimiin, joilla neuvolat, erilaiset päivähoitoon yksiköt, koulut ja muut oppilaitokset, työpaikat ja vanhustenhuollon yksiköt saadaan kehittämään rakenteitaan ja toimintatapojaan terveyttä edistäviksi, suun terveys mukaan lukien. Hammashoitoloissa on voitava keskittyä suun terveydenhuollon erityisasiantuntemusta vaativaan yksittäisten potilaiden terveyden- ja sairaanhoitoon.

Maarit Kuosa: LÄHIHOITAJA LÄHELLÄ IHMISTÄ – SUUN HOIDON HUOMIOIMINEN LÄHIHOITAJAKOULUTUKSESSA

Maarit Kuosa, rehtori
Lahden sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos
maarit.kuosa@salpaus-edu.fi

Taustaa:

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat 1990-luvulta alkaen joutuneet voimakkaiden muutosten keskelle. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivalta henkilöstöltä edellytetään joustavuutta ja laajaa ammattitaitoa. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja on yksi merkittävimmistä 1990-luvun sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstön koulutusmuutoksista. Lähihoitajan tutkinto on heinäkuusta 1995 lähtien ainoa toisen asteen sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto. Väistyneet koulutusammatit/ tutkinnot olivat: kolme sosiaalialan tutkintoa: kodinhoitaja, päivähoitaja sekä kehitysvammanhoitaja ja seitsemän terveydenhuollon tutkintoa: perushoitaja, jalkojenhoitaja, kuntahoitaja, lastenhoitaja, mielenterveyshoitaja, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja sekä hammashoitaja.

Lähihoitajan koulutus vastaa uusiin asiakkaiden ja työelämän tarpeisiin. Kun laitoshoidon väheneminen ja vanhusten määrä kasvaa, tarvitaan sellaisia työntekijöitä, jotka pystyvät ottamaan huomioon kotona asuvan asiakkaan tarpeet monipuolisesti ja voivat joustavasti siirtyä tehtävästä toiseen.

Näyttää siltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksessa erikoistuminen ja toisaalta laaja-alaisuus tulevat elämään rinnakkain. Erikoistuminen tarkoittaa sitä, että syvällistä ammattitaitoa ja tietoa on kehitettävä, jotta asiakkaita voitaisiin palvella parhaalla mahdollisella tavalla. Laaja-alaisuus puolestaan tarkoittaa ennen kaikkea asiakkaan tai potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja vastuuta koko siitä väestöstä, jota palvellaan. Lähihoitajatutkinnon synty kuvaa asiakkaan ja potilaan tarpeista nousutta laaja-alaisuuden tarvetta.

Lahden sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksessa on noin 600 lähihoitajaopiskelijaa, joista yli kolmannes aikuisopiskelijoita. Koulutusohjelmavaihtoehtoja toteutetaan tällä hetkellä seuraavia koulutusohjelmia: sairaanhoito ja huolenpito, lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelma, kuntoutuksen koulutusohjelma, vanhustyön koulutusohjelma sekä ensihoidon koulutusohjelma. Suun ja hammashoidon koulutusohjelman toteuttamiseen oppilaitoksella ei ole valmiuksia ja ko. koulutusohjelmaa toteutetaan vain kahdeksassa oppilaitoksessa Suomessa; Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos, Malmin ja Laakson koulutusyksikkö; Jyväskylän ammattiopisto, Sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos; Kotkan ammatillinen koulutuskeskus; Oulun seudun ammattiopisto, Kontinkaan yksikkö; Savon ammatti- ja aikuisopisto, Kuopio; Tampereen ammattiopisto, Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos; Turun ammatti-instituutti sekä Vaasan ammattiopisto, sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitos.

En ole rajannut esitystäni koskemaan vain Lahden sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksen käytäntöjä, koska olen saanut tietooni yhteistyöoppilaitostemme Oulun ja Jyväskylän käytännöt. Tässä esityksessä en kuitenkaan pysty vastaamaan koko Suomen tilanteeseen, miten suun hoito huomioidaan lähihoitajakoulutuksessa. Esitykseni esimerkit kuitenkin paljastavat, miten eri tavalla toteutukset ovat tällä hetkellä ja erityisesti vaikuttaa se, onko ko. oppilaitoksessa myös suun ja hammashoidon koulutusohjelma.

Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto; lähihoitaja

Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon suorittanut on lähihoitaja. Tutkinto antaa pätevyyden perustason hoitoon, hoivaan ja kasvatukseen. Koulutus tuottaa kaikille lähihoitajille koulutusohjelmasta riippumatta perusvalmiudet tukea, ohjata, hoitaa ja kuntouttaa eri-ikäisiä, taustaltaan

erilaisia ihmisiä heidän monenlaisissa elämäntilanteissaan. Lähihoitajatutkinto on kolmivuotinen (120 ov); josta noin neljännes on työssäoppimista. Perusopinnot (2 v.) jälkeen opinnot eriytyvät yhdeksään eri koulutusohjelmaan. Peruskoulu- ja lukiopohjaisen koulutuksen lisäksi on lähinnä aikuisille tarkoitettu näyttötutkinto valmistavine koulutuksineen. Lähihoitajatutkinto antaa yleisen jatko-opintokelpoisuuden. Luonnollisia jatkokoulutusväyliä ovat ammattikorkeakoulut ja tiedekorkeakoulut.

Opintojen muodostuminen:

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja	120 ov
Yhteiset opinnot	20 ov
Pakolliset opintokokonaisuudet	16 ov
Valinnaiset opintokokonaisuudet	4 ov
Ammatilliset opinnot	90 ov
Tutkinnon yhteiset ammatilliset opinnot	50 ov
• Kasvun tukeminen ja ohjaus	16 ov
-työssäoppimista	5 ov
• Hoito ja huolenpito	22 ov
-työssäoppimista	8 ov
• Kuntoutumisen tukeminen	12 ov
-työssäoppimista	5 ov
Koulutusohjelmittain eriytyvät ammatilliset opinnot	40 ov
- työssäoppimista	14-16 ov
Vapaasti valittavat opinnot	10 ov

Koulutusohjelmat: (40 ov)

Ensihoidon koulutusohjelma antaa valmiudet työskennellä perustason sairaankuljetuksessa ja ensihoidossa sekä päivystyspoliklinikalla.

Kuntoutuksen koulutusohjelma antaa osaamisen toimia kuntoutuksen eri alueilla.

Lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen koulutusohjelma antaa osaamisen lasten päivähoidossa työskentelyyn sekä terveen ja sairaan lapsen hoitamiseen.

Mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelma antaa pätevyyden työskennellä psykiatrisissa sairaaloissa, päiväosastoilla, kuntoutumiskodeissa, päihdetyön kuntoutuslaitoksissa, päivätoimintakeskuksissa ja asumispalveluyksiköissä.

Sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelma

antaa osaamisen sairaanhoidossa ja kotihoidossa työskentelyyn.

Suu- ja hammashoidon koulutusohjelma antaa ammattitaidon työskennellä hammashoitoloissa ja hammaslääkärin vastaanotolla.

Vammaistyön koulutusohjelma antaa osaamisen työskennellä vammaisten avo- ja laitoshoidossa, asuntoloissa, perhekodeissa ja toimintakeskuksissa.

Vanhustyön koulutusohjelma antaa pätevyyden työskennellä erilaisissa vanhusten hoito- ja palveluorganisaatioissa.

Asiakaspalvelun ja tietohallinnan koulutusohjelma antaa valmiudet työskennellä poliklinikka-, vastaanotto- ja hoitotoiminnan sihteerinä.

Suunhoidon huomioiminen lähihoitajakoulutuksessa

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon valtakunnallisen opetussuunnitelman (v.2001) tavoitteiden mukaan suunhoidon osaamisen osalta perusopintojen suorittaneen tulee osata toteuttaa asiakkaan/potilaan päivittäinen suun terveydenhoito.

Sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelman suorittaneen on osattava huolehtia sairaan potilaan tehostetusta suuhygieniasta ja vanhustyön koulutusohjelman suorittaneen on osattava ohjata vanhusta hampaiden ja suun hoidossa. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneen tulee osata tehdä rakentavaa yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hänen on osattava myös työskennellä sekä itsenäisesti että moniammatillisen työryhmän jäsenenä ja tunnistaa oman osaamisensa mahdollisuudet ja rajat. Alalla työskentelevän tulee tuntea sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja noudattaa toiminnassaan alaa koskevia säädöksiä ja ammattietiikkaa.

Suun hoidon huomioiminen eri opintokokonaisuuksissa:

Perusopinnot (ammattilliset opinnot 50ov)

Kasvun tukeminen ja ohjaus -opintokokonaisuus (16 ov)

Opiskelijan on osattava suunnitelmallisen asiakas-, hoito- ja huolenpitotyön perusteet; oman toiminnan suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä hoitosuunnitelman laatiminen ja käyttö.

Opiskelijan on hallittava sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ja osattava ohjata asiakasta tai potilasta käyttämään niitä. Opiskelijan tulee osata ottaa työssään myös huomioon työelämän ja yhteiskunnan ajankohtaiset haasteet.

Opiskelijan on osattava käyttää myös anatomian ja fysiologian tietoperustaa hoidossa siten, että hän osaa selvittää ihmisen elimistön normaalin rakenteen ja toiminnan sekä yksilölliset tarpeet. (Suun hoidon huomiointi sisältöalueissa: hoitosuunnitelma, terveydenhuollon peruspalvelut, hampaiden kehitys, suun ja hampaiden terveydenhoito ja niihin vaikuttavat tekijät ja sairauksien ennaltaehkäisy)

Hoito- ja huolenpito- opintokokonaisuuden (22 ov) mukaan opiskelijan on osattava toteuttaa erikäisten ja taustaltaan erilaisten lasten, nuorten, aikuisten ja vanhusten perushoito itsenäisesti asiakkaiden kodeissa ja ammatillisen työryhmän jäsenenä laitoksissa ja sairaaloissa. Hänen on osattava ottaa hoitotyön suunnittelussa huomioon asiakkaan tai potilaan yksilölliset tarpeet.

Tämän opintokokonaisuuden tavoitteiden mukaan opiskelijan on osattava myös toteuttaa asiakkaan tai potilaan päivittäinen suun ja jalkojen terveydenhoito. Opiskelijan tulee myös ohjata yksilöä tai ryhmää terveydenhoidossa ja sairauksien ehkäisyssä.

Opiskelijan on osattava käyttää työssään myös tietoutta eri lääkeaineryhmistä ja yleisimpien lääkkeiden sivuvaikutuksista ja osattava tarkkailla näitä sivuvaikutuksia. Aseptisen toiminnan periaatteet tulee näkyä hoidossa. (Suun hoidon huomiointi sisältöalueissa: suun päivittäinen terveydenhoito yksilöllisten tarpeiden mukaisesti terveydenhuollon erilaisissa toimintaympäristöissä toteutettuna, perushoito, asiakkaiden/potilaiden ohjaus, lääkkeiden vaikutukset suun ja hampaiden terveyteen, aseptinen toiminta suun ja hampaiden hoidossa)

Koulutusohjelmat (40ov)

Sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelma

Koulutusohjelmassa ovat esillä myös jo edellä mainitut tavoitteet ja niiden kohdalla tiedon syventäminen. Lisäksi opiskelijan on tiedettävä tavallisimpien sairauksien aiheuttamat muutokset elimistön toiminnassa ja osattava hyödyntää tätä tietoa työssään. Hänen on myös osattava ottaa työssään huomioon sairauksien aiheuttamat erityistarpeet sekä toteutettava sairaanhoitoa niiden mukaan. Sairaanhoidon ja kotihoidon

tavoitteissa on esitetty myös, että opiskelijan on osattava huolehtia sairaan potilaan tehostetusta suuhygieniasta.

Ravitsemuksen kohdalla on osattava tunnistaa eri asiakasryhmien ravitsemuksen erityispiirteet ja osattava valmistaa ravinto ja käsitellä se asiakkaan tarpeita vastaavaksi ja ottaa huomioon esteettiset näkökohdat.

Lääkehoidon osalta opiskelijan on osattava käyttää tietouttaan tavallisimmista sairaanhoito- ja huolenpito-työssä käytettävistä lääkkeistä ohjatakseen asiakkaita ja potilaita ja tunnistettava yleisimmät haitta- ja sivuvaikutukset. (Suun hoidon huomiointi sisältöalueissa: eri sairauksien aiheuttamat erityistarpeet myös suunhoidon osalta esim. syöpäsairaudet ja sisätautikirurgiset sairaudet, potilaan tehostettu suuhygienia, ravitsemuksen erityispiirteet esim. vanhusten ja syöpäpotilaiden kohdalla, lääkehoidon ohjaus ja sivu- ja haittavaikutusten seuranta).

Vanhustyön koulutusohjelma

Opiskelijan on osattava soveltaa hoitotyössä tietoutta yleisimmistä vanhusten fyysisistä sairauksista ja niiden hoidosta. Opiskelijan on osattava ohjata vanhusta hampaiden ja suun hoidossa. Lääkehoidon ja ravitsemuksen kohdalla on esitetty samat tavoitteet kuin em. sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelmassa. (Suun hoidon huomiointi sisältöalueissa: kts. sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelma), (THM Tuula Kumpulainen)

Ammattiosaamisen näytöt:

Näyttöjen kehittäminen opetussuunnitelmaperusteissa ammatillisessa peruskoulutuksessa käynnistyi 1998. Opetusministeriön tekemässä päätöksessä todetaan, että näytöt tullaan liittämään ammatillisena peruskoulutuksena suoritettaviin tutkintoihin. Näyttöjen käytännön kehittäminen aloitettiin ensimmäisissä projekteissa 1999.

Sosiaali- ja terveysalan kansallinen näyttöaineisto kehitettiin Oulun sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen koordinoimassa ESR-projektissa. Sosiaali- ja terveysalan näyttöaineisto on valmis ja laatuvarmennettu. On suunniteltu, että ammattiosaamisen näytöt otettaisiin käyttöön 1.8.2006 alkavassa koulutuksessa (hallituksen esitysluonnos 27.5.2004).

Ammattiosaamisen näyttöjen tavoitteena on mm. koulutuksen työelämälähtöisyyden lisääminen, laadun varmentaminen sekä arvioinnin yhtenäistäminen. Ammattiosaamisen näyttö on koulutuksen järjestäjän ja työelämän yhdessä suunnittelema, toteuttama ja arvioima työtilanne tai työprosessi. Näytössä opiskelija osoittaa käytännön työtilanteissa, miten hyvin hän on saavuttanut opetussuunnitelman perusteiden ammatillisten opintojen tavoitteissa määritellyn työelämän edellyttämän ammattitaidon. (hallituksen esitysluonnos 27.5.2004). Näytöt ovat osa opiskelijan arviointia. Näytöistä saatavan palautetiedon perusteella oppilaitos saa arvokasta tietoa opetuksen ja ohjauksen kehittämiseksi. (Koulutuspäällikkö Minna Vesaja; Lahden sosiaali- ja terveysalan oppilaitos)

Esimerkki: Suunhoito sairaanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelman näyttöaineistossa (opetussuunnitelmaperusteinen koulutus)

Suunhoito näyttöaineistossa (nuorisoaste)

Sairanhoidon ja huolenpidon koulutusohjelman näyttöaineistossa **suunhoito** esiintyy:

Työtehtävien hallinnassa; opiskelija valmistelee/avustaa/suorittaa hoitotoimenpiteitä mm. tehostettu suun hoito (kiitettävä taso), valmistelee, avustaa/ suorittaa osittain itsenäisesti mm. tehostettu suun hoito (hyvä taso), valmistelee/ avustaa /suorittaa osittain ohjattuna mm. tehostettu suunhoito (tyydyttävä taso).

Työprosessin hallinnassa; opiskelija osallistuu työryhmän jäsenenä asiakkaan/potilaan hoitotarpeen määrittelyyn ja osaa toteuttaa ja arvioida tehtyä suunnitelmaa sekä auttaa, tukee ja ohjaa asiakkaan/potilaan itsenäistä selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa. Edelleen huolehtii asiakkaan/potilaan ravitsemuksesta kokonaisvaltaisesti

Työn perustana olevan tiedon hallinnassa; opiskelija perustelee toimintansa tiedoilla terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä ja osaa ohjata asiakasta/potilasta terveydenhuollon palvelujen käytössä. Edelleen opiskelija tunnistaa yleisimmät lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutukset.

Työturvallisuuden hallinnassa; korostuu aseptisen toiminnan periaatteiden mukainen toiminta.

Ydinosaamisessa; hoitosuhteen luominen, tiedottaminen suullisesti ja kirjallisesti ja työskentely itsenäisesti ja moniammatillisen työryhmän jäsenenä sekä ongelmanratkaisut.

Lahden sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksessa suun hoito on niin sanotusti eri-ikäisten hoitotyön sisällä ja sen opettaa terveydenhuollon opettaja. Perusopinnoissa on tavoitteena oppia päivittäinen suun terveydenhoito ja koulutusohjelmavaiheessa syventää tätä tietämystä tehostettuun suuhygieniaan ja sen toteuttamiseen eri-ikäisten ja erilaisen taustan omaavien asiakkaiden/potilaiden kohdalla.

Korostamme koulutuksessa yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken kuten tässä tapauksessa hammashuollon henkilöstön kanssa. Olemme oppilaitoksessa suunhoidon opetuksessa tehneet jo vuosia yhteistyötä Lahden kaupungin hammashuollon henkilöstön kanssa, josta esimerkkinä koulutusohjelmavaiheessa luento opiskelijoille. Tällöin opiskelijat ovat voineet reflektoida aikaisemmin opittua ja koettua työssäoppimisjaksoilla. Niillä opiskelijat perehtyvät niihin suunhoidon käytäntöihin mitä työelämässä sillä hetkellä toteutetaan. (THM Tuula Kumpulainen)

Suun hoidon opetus Oulun seudun ammattiopistossa; asiantuntijaopettaja:

Oulun seudun ammattiopistossa on määritelty 0,5 ov suun hoidon opetusta perusopintoihin ja 0,5 ov:tä sairaanhoito ja huolenpito-työn ja vanhustyön koulutusohjelmiin asiantuntijaopettajan opettamana..

Tavoite perusopinnoissa: (0,5 ov) (Hoito- ja huolenpito- opintokokonaisuus)

Osata toteuttaa huonokuntoisen asiakkaan suun terveydenhoidon ja ymmärtää yleissairauksien yhteyden suun terveydenhuoltoon; osata toteuttaa työssään eri-ikäisten ja erityisryhmien yksilöllisen suunhoidon sekä olla omalta osaltaan halukas kehittämään suunhoitoa työyhteisössään. Sisältö: Suun terveys toimintakyvyn ja yleisterveyden kannalta Suun sairauksista: Karies, ientulehdus, kiinnityskudossairaus, limakalvotulehdukset, hiivasieni, haavaumat, kielen muutokset, suusyöpä ja virusinfektiot.

Suunhoitoharjoitukset: Autettavan potilaan suunhoito, hampaattoman potilaan suunhoito (limakalvojen puhdistus), luonnon hampaiden puhdistus, hammasproteesin puhdistus, kuivan suun hoito, suun terveyden edistäminen: fluori, ksylitol, ravinto ja tupakan ja nuuskan vaikutus suun terveyteen.

Sairaanhoito ja huolenpidon koulutusohjelmassa suun hoidon sisältö:

Kertaus; Suun terveys toimintakyvyn ja yleisterveyden kannalta, suun sairaudet: Eri-ikäisten ja erityisryhmien suun hoito: halkiopotilaan suun hoito, lääkkeet ja suun terveys, syöpäsairaan suun hoito, diabeetikon suun hoito, reumaatikon suun hoito, astmaatikon suun hoito, Sjögrenin syndroomapotilaan suun hoito, saattohoitopotilaan suun hoito, syömishäiriöpotilaan suun hoito, mielenterveysasiakkaan suun hoito, epileptikon suun hoito, lasten suun hoito, odottavan äidin suun hoito, vanhusten suun hoidon erityispiirteet.

Esimerkillinen toteutus asiantuntijuuksien yhdistämisestä:

Oulun sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen kahden lähihoitajaopiskelijan (suun ja hammashoidon koulutusohjelma ja mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelma) yhteisesti tekemä opinnäytetyö: Masennus, masennuslääkkeet ja kuiva suu. Opinnäytetyöhön liittyy ” Opaslehtinen lähihoitajille ”. (Sairaanhoidon opettaja, laatukoordinaattori Ritva Arvola, Oulu)

Suun hoidon opetus Jyväskylän ammattiopistossa

Sulo- projektin (Suun hoidon laatuohjelma) Projektin kesto: 1.3.2003 – 31.12.2005

Suun hoidon laatuohjelman tavoitteena on kehittää suu- ja hammashoidon työssäoppimista. Hanke kokeilee ja kehittää erilaisia työssäoppimisen muotoja, jotka lisäävät sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden, alan työyhteisöjen työntekijöiden ja asiakkaiden suun terveydenhuollon tietoja ja taitoja. Hankkeen avulla lisätään lähihoitajan suu- ja hammashoidon koulutusohjelman ja hammashuoltoalan henkilöstön työn tunnettavuutta.. Nuoria innostetaan hakeutumaan alalle. Hankkeen tarkoituksena on tiivistää yhteistyötä oppilaitoksen ja työelämän kanssa sekä lisätä suu- ja hammashoidon koulutusohjelmaopintojen työelämävastaavuutta. **Hankkeen tavoitteena on myös lisätä ja kehittää suun hoidon opetusta kaikkien lähihoitajien koulutuksessa.**

Toiminta: Työpaikkaohjaajien koulutus 2 ov, Terveysterveystieteiden opettajien suun hoidon koulutus, Hampaiden järjestelmällinen puhdistaminen ja fluoraus henkilökunnalle ja opiskelijoille. **Suu- ja hammashoidon opiskelijat opastavat suunhoidossa muita koulutusohjelmaopiskelijoita.** Opiskelijoiden opinnäytetyöt, suun hoidon ohjaustilaisuuksien järjestäminen; mm päiväkoteihin, vanhainkoteihin ja palvelutaloihin., yhteistyökumppanien sitouttaminen ,tiedotus- ja kehittämistilaisuudet. Yhteistyökumppaneita: Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelukeskus, Keski- Suomen terveyskeskusten hammashoitolat ja yksityiset hammaslääkäriasemat. Rahoittajat: ESR ja Länsi- Suomen lääninhallitus. (Sulo- projektiesitteen teksti)

Tulevaisuuden haasteita suun hoidon opetuksessa:

Vielä 1970-luvulla, jolloin yli 75-vuotiaita oli Suomessa vain noin 100 000 henkeä, oli yleinen käsitys, että vanhuus ja hampaattomuus kuuluvat yhteen. Siihen aikaan valtaosa vanhuksista olikin hampaattomia. Nyt kun vanhusten määrä on kolminkertaistunut, on hampaattomien määrä vähentynyt. Nykyään yhä harvemmillä vanhuksilla on irtoproteesit ja sen tähden hoitohenkilökunta on uusien haasteiden edessä vanhusten omien hampaiden hoitamisessa, koska vanhuksen omien hampaiden puhdistaminen on vaativampaa ja vie enemmän aikaa kuin irtoproteesien pesu. Tulevaisuuden vanhukset ovat myös itse tottuneet säännölliseen suun hoitoon, jolloin he edellyttävät niin tapahtuvan myös palveluasumiseen ja laitoksiin siirtymisen jälkeen. On tärkeää, että jokainen hoitotyöntekijä mieltää, että vanhuksen kokonaisterveyden ja elämänlaadun kannalta suun terveydestä huolehtiminen on tärkeää. Sairaudet ja lääkkeiden sivuvaikutukset vaikeuttavat entisestään suuhygieniasta huolehtimista.

Lisääntyvää hoidon palvelujen tarvetta ei ole tarkoituksenmukaista pyrkiä ratkaisemaan pelkäämään suun terveydenhuollon henkilöstön työn avulla. Jotta ehkäisevä suun terveydenhuolto onnistuisi, tarvitaan sellaisia toimenpiteitä, jotka tähtäävät moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen. Lähihoitajilla on keskeinen asema tässä työssä!

Tarvitaan asenteiden muutosta ja tietoa!

Tällä hetkellä on paljon pintatietoa ja näennäistietoa; tarvitaan suunnitelmallinen ja systemaattinen suun hoidon opetus kaikille tuleville lähihoitajille, sillä suun hoidolla on suuri merkitys osana asiakkaan/ potilaan laadukasta kokonaisuhoitoa.

Ritva Pirilän väitöskirjatutkimuksen ”Laitoshoidossa olevien vanhusten suun hoito, (Turku 2002) mukaan kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat saaneet vähän opetusta suun – ja hammaslääketieteiden syistä, ennaltaehkäisy keinoista ja suun, hampaiden ja hammasproteesien hoitamisesta. Hoitotyönopiskelijoiden mielestä suurin syy vanhusten huonolle suun hoidolle oli hoitotyöntekijöiden asenteissa, kun taas hoitotyöntekijöiden mielestä suurin syy oli kiire ja hoitotyöntekijöiden riittämätön määrä. Hoitotyönopiskelijoiden mielestä vanhusten suun hoidon parantamisen tulisi lähteä hoitotyöntekijöiden asenteiden muuttamisesta. Asenteiden muuttamiseksi ehdotettiin ammatilliseen peruskoulutukseen lisää opetusta suun hoidosta. Hoitotyönopiskelijoiden mielestä vanhusten suun hoitoa toteutettiin laitoksissa huomattavasti huonommin kuin hoitotyöntekijöiden mielestä. (Pirilä Ritva; 2002)

Ajan puute / työssäoppimispaikkojen käytännöt!

Vaikka opiskelija tietää ja kokee tarvetta suun hoidon toteuttamiseen työssäoppimisessa; työpaikan käytännöt eivät välttämättä tue sitä! Koulutuksen tehtävänä on kuitenkin antaa valmiudet laadukkaaseen hoitotyön toteuttamiseen. Työssäoppimisjaksoilla on syytä keskustella (opiskelija, työpaikkaohjaaja ja opettaja) jos näkemykset ja käytännöt poikkeavat suuresti. Koulutuksen tehtävänä on myös vaikuttaa käytäntöihin työelämässä ja käydä jatkuvaa keskustelua työelämän kanssa koulutuksen sisällöistä ja toteuttamistavoista.

Kotona ja erilaisissa ympäristöissä tapahtuva hoito ja huolenpito lisääntyy!

Lähihoitajilta edellytetään kykyä arvioida asiakkaan tilannetta ja sen perusteella toimia asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseksi! Helena Soinin väitöskirjassa ”Nutrition in patients receiving home care” (Turku 2004) oli tarkoituksena saada tietoa kotisairaanhoidon potilaiden (n = 178) ravitsemustilasta, ravitsemukseen liittyvistä ongelmista sekä niiden hoidosta. Lisäksi tutkittiin potilaiden suun terveydentilaa. Tulokset osoittivat, että noin puolella kotisairaanhoidon potilaista on vaikeuksia ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Pilottitutkimukseen osallistuneiden (n = 51) suun terveys oli huono.

” Miten suun hoito huomioidaan lähihoitajakoulutuksessa? ”

Oikeat kysymykset ovat joskus vaikuttavuudeltaan merkitsevämpiä kuin vastaukset! Suun hoidon tärkeys ja merkitys on ko. kysymyksen kautta tiedostettu entistä tärkeämmäksi asiakkaan kokonaisterveyden kannalta.

H Kunnan hyvinvointijohtamisen rakenteet

Kerttu Perttilä & Minna Uusitalo & Sari Kautto: TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAIKALLISET RAKENTEET JA JOHTAMINEN (TEJO)

Kerttu Perttilä, kehittämisspäälikkö & Minna Uusitalo, tutkija &
Sari Kautto, projektisihteeri
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

TEJO-tutkimus- ja kehittämishanke selvittää paikallisia ja alueellisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamiskäytäntöjä sekä kehittää johtamisen työkaluja ja toimintamalleja. Hanke toteutuu yhteistyössä Stakesin, ammattikorkeakoulujen, kuntien ja lääninhallitusten kanssa vuosina 2002 - 2005.

TEJO käynnistyi esitutkimuksella, jossa ammattikorkeakoulujen opettajat haastattelivat 39 kunnassa viranhaltija- ja luottamushenkilöjohtoa selvittäen hyvinvointijohtamisen nykykäytäntöjä kunnissa. Esitutkimuksen jälkeen vuonna 2003 käynnistettiin TEJO-pilottihanke, johon Stakesin johdolla osallistuu kuusi kuntaa ja yksi seutukunta; Espoo, Kauniainen, Muurame, Närpiö, Oulu ja Salo sekä seutukuntana Kuusiokunnat; Alavus, Kuortane, Lehtimäki, Soini, Töysä ja Ähtäri sekä em. kuntien alueilla toimivat ammattikorkeakoulut Arcada, Laurea, Jyväskylän amk, Vaasan amk, Vasa yrkeshögsskola, Salon amk, Seinäjoen amk ja Oulun amk. Lisäksi muutamat muut ammattikorkeakoulut toteuttavat alueillaan samansisältöisiä kehittämishankkeita osallistumalla valtakunnallisiin koulutuksiin ja työkokouksiin ja soveltamalla pilottihankkeen kehittämisprosessia ja koulutusta omilla alueillaan.

Kuntien kehittämisprojekteissa haetaan toimivia johtamiskäytäntöjä ja malleja hallinnonalojen yli ulottuvan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuun määrittelyssä, koordinoinnissa, asioiden valmistelussa, toimeenpanossa, seurannassa ja arvioinnissa. Käytäntöjä vahvistetaan kehittämällä hyvinvoinnin tietopohjaa ja johtamisen työvälineitä kuten hyvinvointi-indikaattorit, hyvinvointikertomus, hyvinvointistrategiat, terveysvaikutusten arviointi ja terveyden edistämisen laatusuositukset. Työvälineiden käyttöön ottaminen tukee osaltaan kuntien ja seutukuntien vuotuista hyvinvointipolitiikan suunnittelu- ja toimeenpanoprosessia. Kehittämisprosessiin sisältyy valtakunnallisten ja paikallisten koulutuspäivien sarja. Koulutuksen teemat noudattelevat kehittämishankkeen sisältöä; kunnan hyvinvointikertomuksen valmistelu, Terveys 2015 - kansanterveysohjelman tavoitteet kuntasuunnittelussa, terveysvaikutusten arviointi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelussa, kunnan hyvinvointitiedon sisältö ja tulkinta, hyvinvointistrategiat ja niiden valmistelu sekä hyvinvointijohtaminen. Kuntien ja alueiden välistä verkostoyhteistyötä vahvistetaan yhteisillä työkokouksilla.

Hyvinvointijohtamisen tutkimus selvittää ja arvioi kehittämishankkeen mukaisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikallisia rakenteita, johtamiskäytäntöjä, terveyden edistämisen tietopohjaa ja koulutusta. Tutkimus koostuu asiakirja-analyseista, viranhaltija- ja luottamushenkilöjohtoon haastatteluista sekä osallistuvasta havainnoinnista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamista käsitellään kaikkien hallinnonalojen ylimenevänä ja toimintaan sisältyvänä intressinä.

www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/johtamishanke/index.htm

Matti Rasila: HYVINVOINTIKERTOMUS PÄÄTÖKSENTEON TYÖVÄLINEENÄ KUNNASSA

Matti Rasila, kaupunginjohtaja
Salo
matti.rasila@salo.fi

Salon kaupungin visiossa ja toimintastrategiassa kaupungin tavoitteena on luoda yksittäiselle ihmiselle hyvän elämän edellytykset. Vuosittain pidettävissä kaupunginvaltuuston 2-päiväisissä seminaareissa on pohdittu, mitä se on ja miten se käytännössä toteutetaan. Havaittiin, että:

- on saatava kokonaisvaltainen käsitys nykytilanteesta,
- on kyettävä näkemään tulevien vuosien kehityssuunta, tunnistamaan siihen vaikuttavat tekijät ja arvioimaan muutoksen nopeus,
- on olemassa runsaasti valmista pohjatietoa, jota systemaattisesti analysoimalla ja yhdistämällä voidaan työstää hyödyntämään päätöksentekoa.

Työvälineeksi valittiin hyvinvointikertomus. Se ei ole lopputulos, vaan työväline virkamiesvalmistelussa ja poliittisessa päätöksenteossa valtuuston asettamien tavoitteiden asettamisessa ja poliittisessa päätöksenteossa tavoitteisiin pääsemiseksi.

Hyvinvointikertomuksen tavoitteena on edesauttaa erityisesti seuraavien ilmiöiden toteutumista:

- Tiedostetaan rakennetun elinympäristön eri osatekijöiden vaikutus ihmisten todelliseen henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Huomion kohteina olevia osatekijöitä ovat esim. asuntoalueiden sosiaalinen rakenne, ikärakenne ja siinä tapahtuneet muutokset, puistot, leikkikentät, pallokentät, kevyen liikenteen väylät, kunto- , ulkoilu- ja virkistysalueet jne.
- Palvelujen sisältö ja laatu ohjaavat ja kannustavat kaupunkilaisia henkisesti ja fyysisesti kehittäviin ja terveisiin elintapoihin. Sitä on tarkasteltava eri käyttäjäryhmien kannalta, kuten esim. lapset, nuoret, lapsiperheet, työssä käyvät, vuorotyöläiset, ikääntyneet, vammaiset jne.
- Tiedostetaan palvelujen saatavuus sekä kysynnän ja tarjonnan kohtaanto esim. seuraavissa palveluissa: päivähoito, kerhot, työpajat, koulupalvelut, terveydenhuolto, vanhustenhuolto, kotipalvelu, vapaa sivistystyö, kirjasto, liikunta- ja kulttuuripalvelut jne.
- Saadaan aikaan poikkihallinnollinen aito vuorovaikutus ja toimintatapa. Virkamiehet ja poliittiset päättäjät sitoutuvat tavoitteisiin jo valmisteluprosessin aikana.
- Hyvinvointikertomusta päivitetään ja käytetään hyväksi vuosittaisessa strategiaprosessissa.

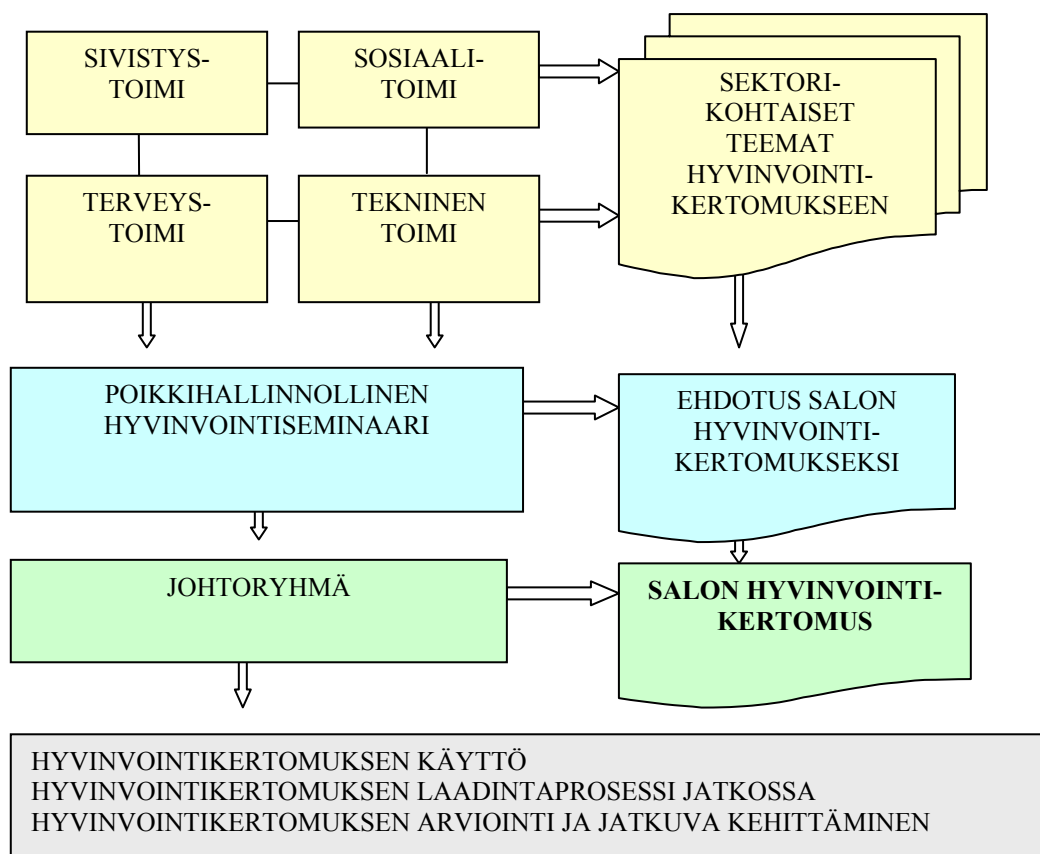
Hyvinvointikertomuksen perimmäinen tavoite on ohjata päätöksentekoa ja siten vähentää tai peräti välttää raskaita korjaavia palveluja. Se merkitsee sekä inhimillisesti että taloudellisesti merkittävää myönteistä kehitystä.

Ulla Wiirilinna: ENSIMMÄISEN HYVINVOINTIKERTOMUKSEN SYNTY SALOSSA

Ulla Wiirilinna, koulutuspäällikkö
Turun ammattikorkeakoulu, Salo
ulla.wiirilinna@turkuamk.fi

Salo on yhtenä Stakesin TEJO-projektin pilottikuntana laatinut ensimmäisen hyvinvointikertomuksen kunnallisen päätöksenteon työvälineeksi. Hyvinvointikertomus kokoaa seurantatietoja hyvinvoinnin ilmenemisestä Salossa ja sen tarkoituksena on toimia strategisen suunnittelun pohjana. Hyvinvointikertomuksesta käyvät ilmi hyvinvointitavoitteet, joita on peilattu myös Terveys 2015 -ohjelman tavoitteisiin. Lisäksi kertomuksessa on selvitys hyvinvointimenojen jakautumisesta, tietoja väestön terveydestä ja hyvinvoinnista eri ikäkausina sekä hyvinvointipalvelujen järjestämisestä Salossa. Hyvinvointikertomusta koottiin ammattikorkeakoulun lehtorien vetämien sektorikohtaisten työryhmien ehdotusten pohjalta.

Sektorikohtaiset työryhmät määräytyivät Salon kaupungin organisaatorakenteen mukaisesti sivistystoimen, sosiaalitoimen ja teknisen toimen työryhmiin. Lisäksi yhtenä työryhmänä toimi Salon seudun terveyskeskuksen nimeämä terveystoimen työryhmä. Alla olevasta kuviosta selviää hyvinvointikertomuksen laadintaprosessi.



KUVIO. Salon kaupungin hyvinvointikertomuksen laadintaprosessi

Sektorikohtaiset työryhmät valitsivat kokemustensa pohjalta hyvinvointikertomukseen sellaisia teema-alueita, joita he pitivät keskeisinä salolaisten hyvinvoinnin näkökulmasta ja joissa näkyivät Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet. Sivistystoimen työryhmä nosti esille syrjäytymisen, päihteiden käytön ja liikunnan. Terveystoimen työryhmä valitsi teema-alueiksi seuraavat: mielenterve-

ys, pähteet, tupakointi, ylipaino, liikunta, suun terveys ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä tapaturmat. Teknisen toimen työryhmä painotti ympäristöön liittyviä kysymyksiä, väestötietoja sekä ilkeävaltaa. Sosiaalitoimen työryhmä tarkasteli teema-alueita sekä palvelujen että väestön hyvinvoinnin näkökulmasta. Palvelujen näkökulma korosti avohoitoa, yhteisöllisyyttä, yhteistyötä ja palvelujen laatua. Väestön hyvinvoinnin näkökulma korosti yksinäisyyttä, turvattomuutta, syrjäytymistä, varhaista puuttumista, perheiden jaksamista ja väestöryhmien välisiä hyvinvointieroja. Työryhmien esille nostamia teema-alueita käsiteltiin poikkihallinnollisissa työryhmissä ammattikorkeakoululla järjestetyssä hyvinvointiseminaarissa. Seminaarin tuloksena syntyi ehdotus hyvinvointikertomuksen rakenteeksi, jonka TEJO-johtoryhmä hyväksyi.

Hyvinvointikertomukseen kirjattiin väestön terveys ja hyvinvointi eri ikäkausina sekä hyvinvointipalvelujen järjestäminen työryhmien valitsemien teema-alueitten mukaisesti. Lisäksi johtoryhmä päätti liittää hyvinvointikertomukseen Salon kaupungille laaditut hyvinvointitavoitteet sekä hyvinvointimenojen jakautumisen kuvauksen vuosina 2000 - 2004. Hyvinvointikertomuksen johtopäätökset nostavat esille keskeiset hyvinvoinnin kehittämishaasteet vuonna 2005 alkaneen valtuustokauden ajalle. Salon hyvinvointikertomus indikaattoreineen julkaistaan myös kaupungin [www-sivuilla](http://www.sivuilla), jolloin se lisää päätöksenteon läpinäkyvyyttä ja salolaisten vaikuttamismahdollisuuksia hyvinvointiin liittyvissä asioissa.

Pirkko Vuorinen: ENNAKKOARVIOINNILLA VAIHTOEHTOJA PÄÄTÖKSENTEKOON

Pirkko Vuorinen, ylihoitaja
Korpilahden-Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä
pirkko.vuorinen@muurame.fi

Mitä meillä oli ennen IVAa

Muurame on Jyväskylän naapurina hallitun tasaisesti kasvava muuttoliikekunta (asukasvaihto yli 600 as./v.), joka osallistuu aktiivisesti palvelujen kehittämishankkeisiin Jyvässeudun ja maakunnan alueella.

Terveen Muuramen kunnan hyvinvointiin vaikuttavat yli 8500 kunnan asukasta ja hyvinvointipalvelujen vastuullisina toimijoina yli 500 kunnan eri toimialoilla työskentelevää henkilöä.

Terveiden edistämisen ja johtamisen kehittäminen alkoi syksyllä 2002 suoritetusta TEJO -hankkeen esitutkimuksesta viranhaltija- ja luottamushenkilöiden haastatteluilla. TEJOsta tietämättä käynnistyi sosiaali- ja terveystoimella yhteinen suunnitelma tarpeesta koordinoida yhteisiä asiakkaita koskevia lasten ja nuorten palveluja. Hankkeeksi suunnitelma konkretisoitui JAMKn koordinoimana ja yhteistyöhön oli lähdössä mukaan Keuruun ja Laukaan kunnat. Tarkoituksena oli kehittää ja juurruttaa lapsiperheiden hyvinvointia edistäviä hallinnon ja päätöksenteon hyviä käytäntöjä ja yhteistyön toimintamalleja yli sektorirajojen. Hankkeen suunniteltiin pohjautuvan valtakunnalliseen TEJO -hankkeeseen. Valmisteilla oli jo kunnan oma lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko. Hankkeen hyväksymiskierroksen vaiheissa hanke laajeni syksyyn 2003 mennessä Stakesin ehdotuksen pohjalta koko kunnan toimintaa koskevaksi terveyden edistämisen johtamisen kehittämisprosessiksi ja liikkeelle lähtö tapahtuisi hyvinvointitilinpäätöksen tekemisestä. Tähän avuksi luvattiin kesäkuussa 2004 valmistuvat hyvät, kuntakohtaiset hyvinvoinnin indikaattorit joten mikäpä oli kunnan sitoutuessa TEJO -hankkeen kuntapilottiin.

Hanke käynnistyi 2004 alussa sekavassa tilanteessa. Kunnan päätös hankkeeseen sitoutumisesta oli tehty suppean tiedon varassa suppean joukon valmistelemassa. Terveystoimi on järjestetty Korpilahden kanssa kuntayhtymänä ja koettiin olevan oleellisessa roolissa yhteisten hyvinvointipalvelujen järjestäjänä. Terveyskeskuksen rakenteita ja hallintoa oli useaan kertaan epäillen arvioitu vuoron perään kummankin kunnan aloitteesta ja viimeksi Muurame oli laadittanut selvityksen terveyskeskuksen hallintomallin toimivuudesta. Tässä tarjoutui tilaisuus jatkaa selvitystä terveyskeskuskuntayhtymän tulevaisuudesta IVA -menetelmällä TEJO -hankkeen yhteydessä. Kunnan ja terveyskeskuksen johtavien viranhaltijoiden juuri päättynyt, päättymässä oleva, väliaikainen tai juuri alkanut toiminta kunnan palveluksessa hankaloitti tulevaisuuden arviointia. Toisaalta hetki oli mitä otollisin uuden luomiseen. Luotimme Stakesin ja JAMKin asiantuntevaan ohjaukseen ja tukeen.

Toimiva terveydenhuolto nyt ja tulevaisuudessa

Yhteistä näkemystä kunnan hyvinvointipalvelujen järjestämisen kehittämistarpeista etsittiin työpajassa, johon JAMK:n johdolla osallistui molempien kuntien ja terveyskeskuskuntayhtymän poliittista johtoa ja virkamiehiä. Tärkeimmiksi kehittämistarpeiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta koettiin terveyskeskuksen johtamiskäytännöt ja yhteistyön kehittäminen jäsenkuntien kanssa sekä kiireellisimmäksi tehtäväksi terveyskeskuksen hallinnon ja johtamisen arviointi, vaihtoehtoisien organisaatiomallien selvittäminen, visiot ja strategiat. Tämä työpajan tulos kehittämistoimien tarpeellisuudesta osoitti, että kunnan hyvinvoinnin edistämisen kehittäminen katsottiin edelleen pääasiassa terveyskeskuksen ongelmaksi ja toiminnaksi. Kehittämistyö päätettiin sitoa TEJOon ja terveyskeskuksen tulevaisuuden kuvaa IVA -menetelmällä laatimaan perustettiin työryhmä, johon kuuluvat JAMK:n edustajien lisäksi Muuramen kunnan hallintojohtaja, sosiaalihoitaja ja talousjohtaja sekä terveyskeskuksen johtavat viranhaltijat (talouspäällikkö, va. ylilääkäri, apulaisylilääkäri, ylihoitaja, ylihammaslääkäri ja vastaava eläinlääkäri).

Vaihtoehtoisia malleja toiminnalle päädyttiin etsimään terveyskeskuksen strategiaperustan pohjalta useista näkökulmista:

- Asiakasnäkökulma
- Väestövastuinen toiminta
- Henkilöstö
- Toimintaprosessien sujuvuus ja vaikuttavuus sekä kustannukset
- Johtaminen ja hallinto
- Rakenneresurssit
- Tukipalvelut
- Erityispalvelut
- Valtakunnalliset tavoitteet ja linjaukset (TATO, Terveys 2015), niiden alueelliset ohjelmat/hankkeet

Terveyskeskuksen toiminnasta valittiin tarkasteltaviksi ydinprosesseiksi vastaanottotoiminnat (lääkäreiden ja sairaanhoitajien avosairaanhoitovastaanotot ja päivystys), kotisairaanhoito, lastenneuvola, sairaala, tukipalveluista tekninen ja ravintohuolto sekä yleis- ja taloushallinto. JAMK valmisteli prosessikuvausten laadinnan pohjaksi kehyslomakkeiston.

Nykyisten toimintaprosessien laatiminen ja kriittinen tarkastelu sekä hallinnossa että terveyskeskuksen ydintoiminnoissa tuotti perusmateriaalia ennakkoarvioinnille. Prosessien laadinta toteutettiin mahdollisimman paljon henkilöstön yhteistyönä ja oli erittäin työläs etukäteen resurssimaton tehtävä. Henkilöstölle tiedotettiin hankkeesta työpaikkakokouksissa sekä perehdytettiin IVA -menetelmään, mutta sekä muutosajattelulle että työn tekemiselle oli liian vähän aikaa ja tieto- taitokin oli kaikilla vielä melko puutteellinen.

IVA -menetelmästä on saatu koulutusta Stakesissa sekä JAMK:n toimesta yhdessä vertaiskuntana toimivan Keuruun kanssa sekä kuultu ja otettu opiksi kokemuksia mm. Oulunkaaren esimerkeistä.

Vähitellen IVA alkaa hahmottua työkaluksi.

Edellytyksiä IVAn käyttöön ottoon ja tulevaisuuden ennakkoarviointiin

- johtaminen
- tiedotus ja sitouttaminen
- koulutus ja perehdyttäminen, osaamisen ja laadun varmistaminen
- resurssointi
- yhteistä, laaja-alaista näkemystä ja keskustelua yli hallinnollisten rajojen
- ennakkoluuloton toimintakulttuuri päätöksenteossa

Näitä edellytyksiä terveyskeskuksellamme ei ollut hankkeen alkaessa tarpeeksi, joten lähdimme 'soitellen sotaan'.

Seuraava vaihe IVA -prosessissa on vaihtoehtojen etsiminen, mahdollisten yhteistyökumppaneiden kanssa neuvotteluihin ja keskusteluihin uusien toimintamallien kehittäminen sekä vaihtoehtojen vaikutusten vertailu päätöksien perustaksi.

Muuramalla on meneillään lukuisia hyvinvointia edistäviä hankkeita omassa kunnassa, alueellisesti ja seudullisesti. Nähtäväksi tulee miten ammattihenkilöstön tavoittelema hyvinvointia edistävä toiminta ja päättäjien tavoitteena olevat kustannussäästöt löydetään yhteiseen toimintamalliin.

IVA -prosessi terveystoimessa etenee pienin askelin. Valmistuessaan se tuottaa prosessitietoutta ja sitä voidaan käyttää esimerkkinä hyvinvointityökalusta sekä soveltaa kunnan muiden toimialojen toiminnan ja johtamisen kehittämisessä.

Ennakkoarviointi kohdistuu vasta suunnitteilla olevaan toimintaan tai toiminnan muutokseen, mutta sen ei pidä olla arvailua tai kuvittelua, vaan nykyisiin tosiasioihin perustuvaa vaikutusten arviointia.

Terveen kunnan rakennusaineiksina ovat terve kuntalainen sekä kuntalaisen hyvinvointiin vaikuttavat yhteiseen strategiaan perustuvat rakenteet ja päätöksentekoprosessit.

Margit Päätalo & Hilikka Yrjänäinen: AMMATTIKORKEAKOULUT KUNTIEN HYVINVOINTIOSAAMISEN VAHVISTAJINA

Margit Päätalo, koulutussuunnittelija
Oulun seudun ammatillisen koulutuksen kuntayhtymä
margit.paatalo@osakk.ostol.fi

Hilikka Yrjänäinen, yliopettaja
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
hilikka.yrjanainen@oamk.fi

Ammattikorkeakoululain (351/2003) mukaan ammattikorkeakoulun tulee tehtäviään suorittaessaan olla erityisesti omalla alueellaan yhteistyössä työelämän kanssa ja harjoittaa ammattikorkeakouluopetusta palvelevaa sekä työelämää ja aluekehitystä tukevaa tutkimus- ja kehitystyötä. Oulun seudun ammattikorkeakoulun rooli kuntien hyvinvointiosaamisen vahvistajana on monipuolinen. Tutkintoon johtavassa koulutuksessa huolehditaan, että kaikilla valmistuvilla sosiaali- ja terveysalan ammatillisilla on hyvinvointiosaamisen uusin perustieto hallinnassaan heidän siirtyessä työelämään. Viimeisen vuoden aikana sosiaali- ja terveysalan yksikön eri koulutusohjelmien perustutkinto-opiskelijat ovat aktiivisesti osallistuneet ammattikorkeakoulujen ja virtuaaliammattikorkeakoulun yhteistyönä kehittämiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen verkko-

opintoihin. Perustutkintotasolla on kiinnitetty myös erityistä huomiota siihen, että Terveys 2015 –ohjelma tulee koulutuksen aikana tutuksi kaikille.

Erikoistumisopinnot ovat tutkinnon suorittaneille suunnattuja osaamisen laajentamiseen ja syventämiseen tarkoitettuja 20-40 opintoviikon laajuisia opintoja, myös niissä hyvinvointiosaamisen vahvistaminen on keskeistä. Erikoistumisopinnoista suosituimpia ovat olleet kuntatason moniammatillisen perhetyön sekä mielenterveystyön osaamista kehittävät opinnot. Kokeilussa oleva ammattikorkeakoulun jatkotutkinto rinnastetaan ylempään korkeakoulututkintoon ja sen tavoitteena on lisätä työelämässä tarvittavia asiantuntijuus- ja kehittämisvalmiuksia. Terveystieteen edistämisen ja ehkäisevän työn 60 opintoviikon laajuinen jatkotutkinto painottaa erityisesti kuntatason tarvittavaa hyvinvointiosaamista johtamisen ja kehittämisen näkökulmasta. Jatkotutkinnon opiskelijaryhmät ovat moniammatillisia, sosiaali- ja terveysalan eri ammattiryhmiä edustavia. Tämän kolmiportaisen koulutuksen lisäksi ammattikorkeakoulut järjestävät työelämäosaamista vahvistavaa lisä- ja täydennyskoulutusta sekä enenevässä määrin tutkimus- ja kehitystyötä. Muutama vuosi sitten toteutettiin merkittävä alueellinen kuntien hyvinvointistrategiakoulutus, jossa useat kunnat käynnistivät hyvinvointistrategioidensa laatimisen.

Alueellisen tutkimus- ja kehitystyön aktiivitoimijan roolin ottaminen ei ole ammattikorkeakoululle vaikeaa, sillä kokemusta aluekehittämistyöstä on kertynyt jo vuosikymmenen ajalta. Ammattikorkeakoululla, etenkin sosiaali- ja terveysalan yksiköllä on opiskelijoiden työharjoitteluihin liittyen olemassa vahvat työelämälähtöiset verkostot, mikä on edesauttanut hyvien yhteistyösuhteiden luomista myös kehittämistyön näkökulmasta. Toimivien yhteistyöverkostojen etuna on suorien henkilökontaktien kautta tapahtuva työyksiköiden kehittämistarpeiden tietoon saattaminen ja nopea tarpeeseen vastaaminen. Useat ammattikorkeakoulun organisoimat ja hallinnoimat kehityshankkeet ovat käynnistyneet asiasta innostuneiden yksittäisten työntekijöiden ja ammattikorkeakoulun lehtoreiden yhteisistä aloitteista. Hankkeista monet on voitu toteuttaa vain ammattikorkeakoulun hakemien rahoitusten turvin, joissa ammattikorkeakoulu on ollut myös hanketta hallinnoiva taho. Viimeisen parin vuoden aikana hankerahoitusta on alettu suuntaamaan yhä enemmän suoraan kunnille. Tällöin ammattikorkeakoulun rooli on muodostunut konsultoivaksi ja prosessia ohjaavaksi.

Toteutetut ja meneillään olevat Oulun seudun ammattikorkeakoulun, sosiaali- ja terveysalan yksikön työelämän kehittämishankkeet ovat pääosin keskittyneet kuntien hyvinvointiosaamisen vahvistamiseen. Yksi tärkeimmistä sisältöalueista on viime vuosina ollut terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn uusien toimintatapojen kehittäminen, moniammatillisen yhteistyön sekä verkostotyön kehittäminen kunnissa peruspalveluiden tasolla sekä uuden hyvinvointiteknologian hyödyntäminen. Mukana on ollut laajasti kuntia koko Oulun läänin alueelta Oulun lääninhallitus on ollut kiinteänä yhteistyökumppanina ja läänin alueen Terveys 2015 –ohjelmaa tukevien hankkeiden koordinoijana. Yhteistyössä järjestetyt seminaarit ovat vetäneet runsaasti asiasta kiinnostuneita koko läänin alueelta. Myös yhteistyö Oulun yliopiston ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kanssa on nousemassa merkittäväksi alueellisen hyvinvointiosaamisen vahvistamisessa.

Yksi hyvinvointiosaamisen vahvistamista johtamisen näkökulmasta tutkiva ja kehittävä hanke on Stakesin johtama Tejo (Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen), jossa Oulun kaupunki on mukana. Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikkö ja Oulun kaupunki ovat asettaneet tavoitteeksi yhdessä toimien kehittää hankkeen aikana erityisesti hyvinvointibarometriä, jonka tarkoituksena on toimia kaupungin strategioita tarkistettaessa seurannan ja arvioinnin välineenä. Oulu on asettanut hankkeen tavoitteiksi: 1. Strategioiden sisältämien hyvinvointitavoitteiden systemaattisen seurantarjestelmän kehittäminen; hyvinvointibarometri. 2. Kaupungin strategian, koordinoivan palvelustrategian ja muiden strategioiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden arviointi ja tarkentaminen ottaen huomioon Terveys 2015 -tavoitteet. 3. Viranhaltijajohdon (virastopäälliköt, palveluyksikönpäälliköt ym.) ja luottamushenkilöiden osaamisen vahvistaminen

kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvässä toiminnan ja rakenteiden suunnittelussa, päätöksenteossa ja johtamisessa.

Ammattikorkeakoulu oli vuonna 2004 hankkeen koordinoijana ja vastasi yhteyksistä rahoittajaan. Painopiste oli erityisesti luoda yhdessä toimien hankkeelle sellainen suunnitelma, joka vahvistaa ja kehittää kaupungin vakiintunutta käytäntöä arvioida kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä. Tätä varten päädyttiin kehittämään hyvinvointibarometri. Samanaikaisesti nähtiin hyvinvointibarometrin kehittämisellä olevan merkitystä myös kaupungin eri strategioiden tarkentamisessa ottamaan aikaisempaa selkeämmin huomioon Terveys 2015 –tavoitteet. Tämä hyvinvointibarometrin ja strategioiden välisen yhteyden vahvistaminen voidaan nähdä sekä käytännölliseksi kuntahallinnon että koulutukselliseksi haasteeksi, johon hankkeeseen osapuolet voivat yhdessä toimien tarttua. Hankkeeseen osallistuvat alkuvaiheessa kaikkien hallintokuntien (kulttuuri-, liikunta-, nuoriso-, sivistys-, sosiaali- ja terveystoimi sekä tekninen toimi) virastopäälliköt ja palvelupäälliköt sekä luottamushenkilöt. Merkityksellistä ja haasteellista tulee olemaan hankkeen edetessä se, että hankkeen aikana löydetään hyvä tapa viedä hyvinvointibarometrin kehittäminen ja Terveys 2015 –tavoitteiden siirtäminen strategioihin mahdollisimman lähelle sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä että työntekijöitä.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, kuten ammattikorkeakoulut yleensä, on koko olemassaolonsa ajan toteuttanut kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tähtäävää työtä niin kehittämistyössä kuin koulutuksessa. On löydetty jo vakiintuneita käytäntöjä monialaiseen ja poikkihallinnolliseen verkostoituneeseen yhteistyöhön. Tejo –hankkeessa on mahdollisuus mennä yhdessä toimien yksi askel eteenpäin, kun hanke on astunut valtakunnallisten tavoitteidensa mukaisesti ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvien kunnallisten rakenteiden ja johtamiskäytäntöjen kehittämisen tielle. Tässä tehtävässä ammattikorkeakoulut voivat yhdessä muiden yhteistyökumppaneidensa kanssa toimien vahvistaa aluekehittäjän rooliaan hyvinvointiosaamisen vahvistamisessa, Oulun seudun ammattikorkeakoulu erityisesti omassa pohjoisessa toimintaympäristössään.

I Osaamista kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen

Kristiina Poikajärvi: OSAAMISTA KUNNAN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

Kristiina Poikajärvi, projektipäällikkö
Stakes
kristiina.poikajarvi@stakes.fi

Rinnakkaisohjelmassa tarkastellaan kuntien tarpeita väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä pohditaan ratkaisuja osaamisen vahvistamiseen. Kuntien luottamushenkilöille ja muille asiasta kiinnostuneille on internetissä tarjolla itseopiskeluaineisto kunnan hyvinvointijohtamisen tueksi. Osoitteessa <http://www.stakes.fi/hyvinvointi/lattila> tarjolla oleva aineisto perehdyttää muun muassa hyvinvointiin vaikuttaviin seikkoihin ja työkaluihin. Sivulla on esimerkkejä väestön hyvinvointitilanteen analysoinnista - hyvinvointikertomuksesta, hyvinvointistrategiasta ja päätösten ennakkoarvioinnista. Aineistoa voi käyttää itseopiskeluun tai osana valtuustojen perehdytystä. Kuluvan vuoden aikana osa ammattikorkeakouluista tarjoaa valtuustokoulutusta hyvinvointi-

johtamisen työkaluista. Ammattikorkeakoulujen yhteyshenkilöiden nimet ja sähköpostiosoitteet ovat:

1. Arcada

Yliopettaja / överlärare Carola Warnå
etunimi.sukunimi@arcada.fi

2. Hämeen amk

Yliopettaja Päivikki Koponen
etunimi.sukunimi@hamk.fi

3. Jyväskylän amk

Koulutuspäällikkö, yliopettaja Leena Liimatainen
etunimi.sukunimi@jypoly.fi

4. Keski-Pohjanmaan amk

Kehittämispäällikkö Anne Jaakonaho
etunimi.sukunimi@cop.fi

5. Mikkelin amk

Lehtori Sirpa Luukkainen
etunimi.sukunimi@mikkeli.amk.fi

6. Oulun seudun amk

Yliopettaja Hilikka Yrjänäinen
etunimi.sukunimi@oamk.fi

7. Rovaniemen amk

Koulutuspäällikkö Kirsti Ylipulli-Kairala
etunimi.sukunimi@ramk.fi

8. Seinäjoen amk

Yliopettaja Eija Kyrölahti
etunimi.sukunimi@seamk.fi

9. Turun amk

Yliopettaja, koulutuspäällikkö Ulla Wiirilä
etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Leila Pekkanen: TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN
Millaista osaamista kunnissa tarvitaan?

Leila Pekkanen, kunnanjohtaja
Lehtimäen kunta
leila.pekkanen@lehtimaki.fi

Kunnan toimintaympäristö muodostuu poliittisesta johtamisesta ja päätöksenteosta, ammattijohtamisesta sekä henkilöstön ammattiosaamisesta. Nämä kukin verkottuvat mm. julkisen sektorin muihin toimijoihin, yksityiseen ja kolmanteen sektoriin. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnallisessa toimintaympäristössä vaatii toteutuakseen asian mieltämistä arvona toimintakulttuurissa. Sektorirajat ylittävä läpäisyperiaate ei käsittääkseni muuten toteudu. Tarkastelen edellä esitettyä väitettä osaamisen näkökulmasta – arjen työn ja kunnan johtamisen näkökulmasta.

Mitä osaaminen on?

Osaamisen tekijöitä ovat mm. kyky hahmottaa kokonaisuuksia, ongelmanratkaisukyky, sosiaaliset taidot, työtehtävään liittyvät taidot, luovuus jne. Luettelo ei ole tyhjentävä.

Poliittisen johtamisen osaaminen

Luottamushenkilöt käyttävät kunnan toiminnassa ylintä päätösvaltaa. Poliittinen päätöksenteko pohjautuu virkamies- ja asiantuntijavalmisteluun. Päätäjillä ei ole välttämättä alan erityisosaamista. Strateginen ote, kokonaisuuksien hallinta sekä kyky arvioida vaikutuksia ovat myös terveyden edistämisen kannalta keskeisiä.

Jotta poliittinen päätöksenteko voi sitoutua terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, on päätöksenteon tueksi tuotettava tietoa terveyden edistämisestä. Miten sitä käytännössä toteutetaan ja mitkä vaikutukset toimenpiteillä ovat kuntalaisille, kunnille, seuduille jne. Tutkimustiedon hyö-

dyntäminen päätöksenteossa vaatii ammattitaitoa ja osaamista niin valmistelijoilta kuin päättäjiltäkin.

Terveiden edistäminen näkyy tilinpidossa pitkällä aikavälillä

Poliittisen päätöksenteko päättää resursseista. Talous on yksi keskeinen ohjausväline. Terveiden edistäminen on ennaltaehkäisevää toimintaa, jonka vaikutukset näemme vähitellen vuosien kuluessa.

Ammattijohtamisen haasteet

Johtaminen on osa yhteisön kulttuuria, mihin kuuluvat mm. arvot, joita yhteisö noudattaa toimissaan. Jos haluamme terveyden edistämisen läpäisevän kunnan toiminnan kaikilla tasoilla, on sen oltava toimintamme arvopohjana. Pelkkä poliittinen päätös, normi tai esimiehen määräys ei riitä.

Johdon koulutus, kokonaisvaltainen, oman sektorirajan ylittävä ajattelu ja toimintatapa pätee myös terveyden edistämisessä. Pohjoismainen hyvinvointimalli ei voi sisältää pelkästään sairauksia parantavia ja korjaavia toimenpiteitä vaan nimenomaan hyvinvointia edistäviä toimenpiteitä.

Kulkeeko tieto?

Oleellisen tiedon löytäminen, sen muokkaaminen toimintaa palvelevaksi ja viestittäminen ymmärrettävästi eteenpäin on taitolaji. Terveiden edistämisen konkretisoiminen on erittäin tärkeää – siitä ei voi puhua kuntalaiselle eikä henkilöstölle pelkästään abstraktina käsitteenä.

Leena Liimatainen: TUOTTAVATKO AMK- JATKOTUTKINNOT LISÄÄ HYVINVOINTIA KUNTALAISILLE?

Leena Liimatainen, TtT, koulutuspäällikkö

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Kehittämisyksikkö

leena.liimatainen@jypoly.fi

Terveiden edistäminen ja ehkäisevä työ pyrkii terveyden edistämiseen ja hyvinvoinnin tukemiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Jokapäiväisen elämän toiminnan kentät ja elämänkulku ovat avainasemassa kuntalaisten terveyden edistämisessä. Kuntien rooli asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on ratkaiseva. Tarvitaan uusia monialaisia toimintatapoja tukea yksilöiden ja perheiden mahdollisuuksia osallistua omaa terveyttään koskeviin ratkaisuihin. Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot vastaavat tähän haasteeseen tarjoamalla mahdollisuuden oman asiantuntijuuden ja organisaation sekä alueellisen terveyden edistämisen rakenteiden kehittämiseen innovatiivisesti.

AMK- jatkotutkinto on uusi työelämälähtöinen korkeakoulututkinto, jonka tarkoituksena on antaa riittävä tieto- ja taitoperusta sekä valmiudet erityistä asiantuntemusta vaativissa työelämän kehittämis- ja muissa tehtävissä toimimista varten. Terveiden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelma (60 ov, 90 op) lisää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintakenttään (1) uuden korkeakoulutuksen ammattitaitotason ja uudenlaista hyvinvointiosaamista, (2) alueellista hyvinvointia työelämän kehittämistehtävinä toteuttavien 20 opintoviikon (30 op) laajuisten opin- näytetöiden kautta. AMK- jatkotutkinnon mahdollisuudet:

- luo uutta hyvinvointiosaamista
- tuo uusia koulutusammatteja ja uuden tutkinnon työelämään
- tuottaa uusia ratkaisuja työelämän käytännöllisiin ongelmiin

- edistää lapsiperheiden, työikäisten ja ikääntyneiden terveyttä, hyvinvointia, seksuaaliterveyttä ja toimintakykyä

Jyväskylän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelman opiskelijoiden kehittämistehtävät suuntautuvat lapsiperheiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suuntautumisvaihtoehdossa erityisesti lasten ja nuorten sekä lapsiperheiden hyvinvoinnin lisäämiseen moniammatillisen, voimavarakeskeisen perheiden kanssa tehtävän työn avulla. Kehittämistöiden kautta edistetään päiväkotikäisten lasten, koululaisten, huostaan otettujen lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä hyvinvointia. Seksuaaliterveyden edistämisen suuntautumisvaihtoehdon kehittämistyöt liittyvät esimerkiksi parisuhteen hyvinvoinnin edistämiseen selvittämällä synnytyksen jälkeistä raskauden ehkäisyä ja seksuaalista haluttomuutta parisuhteessa. Lisäksi kehittämistöiden avulla saadaan lisää tietoa väestön hyvinvoinnin edistämiseen esimerkiksi vammaisuuden, transvestisuuden ja seksuaalisen väkivallan näkökulmista.

Syksyllä 2005 JAMK:ssa käynnistyy terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn koulutusohjelmassa uutena suuntautumisvaihtoehtona kansansairauksien hoito ja palvelujärjestelmän kehittäminen. Vaativan asiantuntijatasoin koulutusohjelma painottuu keskeisten kansansairauksien (esim. diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, astma, masennus) ennaltaehkäisyyn ja palvelujärjestelmän kehittämiseen terveyttä edistäväksi.

Katri Ryttyläinen & Anne Ylönen: KOULUTUSTA JA TUKEA HYVINVOINTIA KOSKEVAAN PÄÄTÖKSENTEKOON KUNNAN LUOTTAMUSHENKILÖILLE

Katri Ryttyläinen, Tutkija-kehittäjä, TtL &
Leena Liimatainen, koulutuspäällikkö, TtT
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala
etunimi.sukunimi@jypoly.fi

Anne Ylönen, kouluttaja, TtM
Jyväskylän aikuisopisto
anne.ylonen@jao.fi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen täydennyskoulutusta järjestetään Stakesin (2003) selvityksen mukaan kuntien johdolle vaihtelevasti. Laajasti kunnan johdolle tarkoitettua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koulutusta ei kunnissa ole varsinaisesti järjestetty. Olemassa oleva koulutus keskittyy lähinnä terveystoimen, sosiaalitoimen sekä terveydenhuollon sisällä tapahtuvana. Muille sektoreille ja luottamushenkilöille ei koulutusta juurikaan järjestetä. Stakesin vuonna 2004 toteuttamassa kuntakyselyssä selvitettiin hyvinvointijohtamisen haasteita, kuntien hyvinvointistrategiatyötä ja hyvinvointityössä tarvittavia työvälineitä ja tukea. Hyvinvointijohtamisessa kunnissa kunnanjohtajien arvioimana tarvitaan asiantuntija-apua: kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilan seuranta, kunnan hyvinvointitilinpitojärjestelmän luominen, ihmisiin kohdistuviin vaikutusten arviointi ja laatujärjestelmän luominen. Kunnanjohtajista lähes 70 % katsoi luottamushenkilöiden ja kunnan johtoryhmän tarvitsevan koulutusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen alueella.

Alustava suunnitelma hyvinvointijohtamisen koulutuksesta luottamushenkilöille

Koulutus on tarkoitettu yhdistää uusien valtuutettujen perehdytyskoulutukseen vuonna 2005. Sitä pilotoidaan TEJO – hankkeessa. Koulutus rakentuu neljästä toisiinsa integroituvasta kokonaisuudesta.

- I. Orientaatio hyvinvointijohtamiseen kunnallisen päätöksenteon näkökulmasta
 - keskeiset käsitteet ja kuntien toimintaa ohjaava valtakunnalliset ja kuntakohtaiset linjat

2. Hyvinvointikertomus
 - merkitys ja hyödyntäminen kunnallisessa päätöksenteossa
3. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi
 - mitä IVA on ja mitä hyötyä siitä on kunnallisessa päätöksenteossa?
4. Hyvinvointijohtaminen
 - merkitys hallintokuntien välisessä yhteistyössä

Koulutus perustuu ongelmalähtöisen oppimisen (PBL) malliin. Siinä hyödynnetään kuntien omia päätöksentekotilanteita ja niiden pohjalta konkreettisesti harjoitellaan hyvinvointijohtamisen työkalujen käyttöä. Koulutus sisältää välitehtäviä ja siinä hyödynnetään verkko-oppimista. Koulutuksesta kehitetään kunnan johdon edustajien kanssa yhteisen suunnittelun, pilotoinnin, ja arvioinnin avulla kuntien osaamistarpeita vastaava hyvinvointijohtamisen koulutuskonsepti.

J Laatua terveyden edistämiseen

Eeva Sahlman: LAATUA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

Eeva Sahlman, projektipäällikkö
Stakes
eeva.sahlman@stakes.fi

Laatusuositukset¹ ovat osa valtionhallinnon tieto-ohjausta, jonka tarkoituksena on välittää kunnille valtakunnallisia toimintaperiaatteita, tavoitteita ja suuntaviivoja. Stakes valmistelee kuntien käyttöön sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Terveiden edistämisen laatusuosituksista yhdessä kuntien ja valtionhallinnon eri asiantuntijoiden kanssa.

Laatusuosituksen tavoitteena on ohjata kuntien terveyden edistämistä tavoitteelliseen ja yhtenevään suuntaan. Laatusuositukselle asetettu tavoite toteutuu kun terveyden edistäminen liitetään osaksi kunnan päästrategiaa ja kunnan yleinen toimintapolitiikka ja päätöksenteko suunnataan tavoitteellisesti ehkäisevään ja terveyttä edistävään toimintaan. Mitä selkeämpiä tavoitteita kunta itselleen asettaa, sen helpompaa on päätöksenteko terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa. Aktiiviset kuntalaiset, luottamushenkilöt ja virkamiehet sekä terveyden edistämisen kehittämiseen sitoutunut poliittinen johto ovat tässä avainasemassa.

Laatusuosituksessa terveyden edistäminen sisältää kansanterveystyön tehtävät sekä eri yhteiskuntapolitiikkalohkojen ja hallinnonraajat ylittävät tehtävät, joilla on terveydellisiä vaikutuksia. Laatusuositus on tarkoitettu kunnanjohtolle ja luottamushenkilöille sekä päätöksiä toimeenpanneville hallintokunnille ja niiden ammattilaisille. Laatusuosituksessa on kuusi toimintalinjaa², joista viisi ensimmäistä on mukailtu Maailman terveysjärjestön (WHO, 1986) esittämistä terveyden edistämisen toimintalinjoista. Kuudes toimintalinja käsittelee terveyden edistämiseen tähtäävien

¹ Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto ovat vuosina 2001–2004 julkaisseet ikäihmisten hoidon ja palvelujen, mielenterveyspalvelujen, päihdepalvelujen, vammaisten ihmisten asumispalvelujen, apuvälinepalvelujen sekä kouluterveydenhuollon laatusuositukset.

² 1) Terveyttä ja hyvinvointia edistävän toimintapolitiikan rakentaminen, 2) Terveyttä edistävien ympäristöjen aikaansaaminen, 3) Terveyttä edistävän yhteisöllisyyden vahvistaminen, 4) Henkilökohtaisten tietojen, taitojen ja osaamisen kehittäminen, 5) Palveluiden kehittäminen terveyttä edistäviksi ja 6) Terveiden edistämisen seurannan ja arvioinnin kehittäminen.

strategioiden ja toimenpiteiden vaikutuksia väestön terveyteen. Jokaiseen toimintalinjaan on kirjattu toimenpide-ehdotuksia, joiden tavoitteena on vahvistaa hallinnollista vastuuta, uudistaa kunnan toimintarakenteita sekä lisätä terveyteen vaikuttaviin tekijöihin liittyviä toimia. Laatusuositus tarkastelee kunnan palvelutoimintaa kokonaisuutena, jossa eri toimialat osallistuvat yksilö- ja yhteisötason terveyden edistämiseen yhteistyössä.

Laatusuositusta voidaan hyödyntää terveyttä edistävän toiminnan suunnittelussa ja toimeenpanossa, sillä se ohjaa arvioimaan kriittisesti kunnan terveyden edistämisen edellytyksiä; olemassa olevia toimintarakenteita ja olosuhteita. Samalla se auttaa kuntalaisten terveyttä edistävien kehittämiskohteiden löytämisessä paikallisten tarpeiden pohjalta.

Kristiina Patja: KUNTA TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ: ESIMERKKINÄ TUPAKOIMATTOMUUDEN EDISTÄMINEN

Kristiina Patja, LT, tupakka-asiantuntijalääkäri
Kansanterveyslaitos
kristiina.patja@ktl.fi

Terveyden edistäminen

Ottawan terveyden edistämisen julistus vuodelta 1986 ja sen päivitys Jakartan julistus 1997 määrittelevät terveydenedistämisen prosessiksi, jossa ihmisten mahdollisuudet hallita ja vaikuttaa terveyteen lisääntyvät. Se vaikuttaa panostuksin ja teoin selvästi terveyden lähtökohtiin, jotta ihmiset saisivat elämässään suurimman mahdollisen terveydellisen hyödyn. Tavoitteena on luoda edellytykset ja ympäristö elää ja toimia. Eri puolilla maailmaa terveyden edistämisen kohde on hyvinkin erilainen ja yhteiskunnalliset muutokset ohjaavat kaikkialla terveyden edistämisen kehystä.

Terveyden edistäminen tähtää terveyden perustana olevien sosiaalisten, taloudellisten ja ympäristöolosuhteiden paranemiseen erilaisilla toimintalinjoilla: yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen elinympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveystalouden uudistaminen. Kokonaisvaltainen lähestymistapa on todettu toimivimmaksi, mikä kannustaa jatkamaan suomalaista yhteistoiminnallista mallia, jossa peruspalveluja tuotetaan integroidusti kunnan palveluina. Suomi on saanut kritiikkiä terveyden edistämistyöstä Maailman terveysjärjestöltä pysyvien rakenteiden ja rahoituksen jatkuvuuden osalta, jotka usein olisivat kansalaista lähellä olevien kuntien toimintaa.

Tupakoimattomuuden edistämisen toimijat Suomessa

Tupakointi on tärkein ehkäistävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja länsimaissa, Suomessa noin 5500 ihmistä kuolee vuosittain tupakointinsa seurauksena ja 250 tupakansavualetistuksen takia. Tupakoimattomuuden edistäminen sisältää tupakoinnin ehkäisyn, tupakoinnin lopettamisen tukemisen, ja elinympäristön savuttomuuden edistämisen sekä tupakoimattomuutta edistävän asenneilmapiirin vahvistamisen. Toiminta on laaja-alaista ja kohdentuu koko väestöön kaikissa ikäryhmissä. Suomessa tupakoimattomuuden edistämistyö on ollut hyvää, mikä voidaan nähdä mm. miesten keuhkosityöpäkuolleisuuden ja sydän- ja verenkiertoelinsairauksien voimakkaana laskuna. Tulokset tulevat kuitenkin hitaasti ja ovat nähtävissä usein vain väestötasolla.

Tupakoimattomuuden edistämisen toimijakenttä on laaja. Kansallisella tasolla Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa lainsäädännön kehittämisestä ja sen alaisten tutkimus- ja valvontalaitosten toiminnasta. STM:n alaisia toimijoita ovat Kansanterveyslaitos (tutkimus ja kehittäminen, asiantuntijatoiminta), Työterveyslaitos (ympäristöntupakansavun oheistus ja tutkimus) ja Suomen

terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (tuotevalvonta, mainonta ja ohjeistus). Lääninhallitukset toimivat STM:n alueillaan valvonnan ohjeistajina ja koordinoivat alueellisia toimia. Kunnat tuottavat palvelut ja elinympäristön ollen merkittävä terveyden edistäjä. Kansalaisjärjestöt toteuttavat käytännön terveyden edistämishojelmia, jotka edistävät tupakoimattomuutta (Hengityслиitto, Sydänliitto, Syöpäjärjestöt, Terveys ry, Filha ry). Muita toimijoita ovat mm. kirkko ja puolustusvoimat.

Kunta tupakoimattomuuden edistäjänä

Kunta tarjoaa yleensä peruspuitteet kunnan alueella toimiville järjestöille ja tukee järjestöjen toimintaa taloudellisesti. Kunta järjestää koulu-, liikunta- ja vapaa-ajan-, sivistys-, terveys-, sosiaali- ja muiden hallintokuntien palveluita kuntalaisille. Kunta omistaa, hallitsee ja ylläpitää useimmat niistä elinympäristöistä, joissa kuntalaiset viettävät vapaa-aikaa ja lapset ja nuoret kasvavat ja kehittyvät.

Kunnan on mahdollista nostaa lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistäminen kunnanvaltuusto- ja hallitustasolla yhdeksi kunnan toiminnan painoalueeksi ottamalla asia yhdeksi kunnan terveystoimittiseksi linjaukseksi ja hallintokuntarajat ylittäväksi yleispoliittiseksi tavoitteeksi talousarviossa ja – suunnitelmassa, sekä strategiasuunnitelmassa ja seuraamalla ja arvioimalla linjauksen ja päätöksen toteutumista ja tuloksellisuutta.

Koska tupakoinnin vähentämispolitiikka kunnassa koostuu lukuisista eri hallintokuntien toimenpiteistä, olisi suositeltavaa, että tupakoinnin vähentämispolitiikan linjausten ja päätösten valmistelu ja toimeenpanon koordinoiminen, tuloksellisuuden arvioinnin valmistelu ja esittely kunnassa annettaisiin jonkun kunnallisen monijäsenisen toimielimen tehtäväksi. Toimielin voisi niin halutessaan määrätä asioita valmistelemaan vastuuvirkamiehen. Kunnat ovat erikokoisia ja useimmiten tupakoimattomuuden edistäminen sopii päihteiden käyttöä ja haittoja vähentävän toiminnan osaksi. Toiminnan muoto ei ole ratkaiseva vaan toimien, toimijoiden ja tavoitteiden kirjaaminen ja toteutumisen seuranta ja arviointi.

Tupakaton elinympäristö

Kaikki julkiset tilat ovat savuttomia ja kunnan tulee huolehtia omien tilojensa ja muiden alueen julkisten tilojen savuttomuudesta. Ongelmakohtia ovat mm. parkkihallit ja urheilutilaisuudet. Erityistä huomiota tulee kiinnittää sellaisiin julkisiin tiloihin ja niiden lähialueisiin, joissa on paljon lapsia tai nuoria. Koulujen ja nuorisotilojen sekä niiden ympäristön savuttomuutta tulee edistää yhteisillä säännöillä koulutoimen ja nuorisotoimen kanssa. Lasten ja nuorison kanssa työtä tekevien tulee tuntee vastuunsa roolimalleina ja heidän tulee kiinnittää huomiota omaan tupakointiinsa työaikana ja heitä tulee tukea tupakoinnin lopettamisessa (yhteistyö työterveyshuollon kanssa). Kunta tukee liikunta- ja harrastejärjestöjen toimintaa myös luovuttamalla niiden käyttöön toimintatiloja, välineitä ja antamalla muuta tukea. Tämä tarjoaa kunnalle mahdollisuuden varmistua, että avustettavien järjestöjen toimintakulttuurit edistävät toimintaan osallistuvien nuorten tupakoimattomuutta ja terveyttä.

Kunta on yleensä paikkakunnan suurimpia, ellei suurin työnantaja. Se omistaa ja hallinnoi laajasti kuntalaisten elinympäristöjä. Siten kunta on hyvin keskeinen mallivaikuttaja monessa asiassa omalla alueellaan. Työntekijät tulee suojata tupakansavulta (luokan A karsinogeeni) ja työnantajilla on velvollisuus huolehtia työntekijöidensä suojaamisesta. Työsuojeluviranomaiset ja työpaikkakohtaiset työsuojeluhenkilöt ovat työntekijän yhteyshenkilö altistuksen tapahtuessa ja heidän tulee ilmoittaa kaikki altistuneet ASA-rekisteriin. Kunnan terveystarkastajat yhdessä lääninhallitusten kanssa ohjaavat ja valvovat lain toteutumista. Palautetta toimista kunta voisi saada terveystarkastustoiminnan seurannasta ja hankkimalla alueelliset tiedot ASA-rekisteriin ilmoitettujen tapauksien määräästä.

Tupakoinnin ehkäisy

Tupakka on yleensä ensimmäinen kokeiltu päihde. Tupakan nikotiini on huumeenkaltainen vaikea riippuvuutta aiheuttava aine ja koska tupakointi on nuorelle portti ja väylä alkoholin, muiden päihteiden ja huumeiden käyttöön (porttiteoria) ja koska tupakointi ennakoii suuresti muunlaistakin riskikäyttäytymistä terveyden suhteen. Nuorille tupakointi edustaa aikuisuutta ja sen riskejä vähätellään. Nuoret tarjoavat toisilleen päihteitä. Suhteessa päihteisiin nuorelta vaaditaan itsetunnon ja itseluottamuksen kehittymistä, itsenäisyyttä, elämäntaitoja, sosiaalista kanssakäymistä ja vastuuta toisista. Myös aikuiset jättävät puuttumatta tupakointiin ja jopa hankkivat tupakkatuotteita omille lapsilleen, mikä on viesti nuorille tupakoinnin puolesta. Tupakkatuotteen luovuttamista alaikäiselle ei ole kriminalisoitu, mutta asenteiden tasolla on mahdollista viestiä tupakkatuotteiden välittämisen vastuusta.

Nuorten tupakoimattomuuden edistämiseksi on tärkeää toimia pitkäjänteisesti ja eri toimialojen kanssa yhteistyössä. Nuorten tupakoimattomuuden edistäminen tulee ehdottomasti sisällyttää kunnan päihdepoliittiseen ohjelmaan, koulujen terveys- ja hyvinvointiohjelmiin ja lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia koskevaan selontekoon. Päihdestrategian tulee kulkea kaikkien nuorten elinpiirien läpi. Tupakointiin puuttuminen vahvistaa kuntien varhaisen puuttumisen mahdollisuuksia ja lisää eri toimialojen mahdollisuuksia tehdä yhteistyötä.

Tupakoinnin lopettamisen tukeminen

Tupakoinnin lopettaminen on kustannustehokkain tapa vaikuttaa tupakoinnista aiheutuviin kustannuksiin ja asenteisiin lyhyellä aikavälillä. Tupakoinnin lopettamisen tukitoimia suunniteltaessa on huomioitava, että tupakointi on riippuvuusoireyhtymä ja vieroittautuminen voi viedä pitkänkin aikaa. Toimintaa suunniteltaessa on tunnettava tupakkariippuvuuden perusteet, väestön tupakointitiedot sekä alueen resurssit. Kohdentamisessa kannattaa muistaa, että tupakointi keskittyy tällä hetkellä vähemmän koulutettuun väestöryhmään. Nuorilla tupakoijilla tämä jakautuminen on erityisen suuri, mutta myös heistä suuri osa haluaa lopettaa tupakoinnin. Tällöin voi kohdentaa voimavaroja esimerkiksi raskaana olevien naisten ja ammattioppilaitoksissa opiskelevien tupakoinnin vieroitukseen.

Tupakasta vieroitus tulee ottaa kunnan päihdestrategian osaksi ja sille tulee voida asettaa tavoitteet. Tupakasta vieroituksesta tulisi tehdä kirjallinen hoitosuunnitelma esimerkiksi sairaanhoitopiiri tai kuntayhteistyö tasolla, josta on olemassa väestölle soveltuva materiaali saatavissa esimerkiksi kunnan sivuilla omahoitoon ja tarvittaessa palveluihin. Pohjana alueelliselle hoito-ohjelmalle voi toimia kansallinen hoitosuositus. Yhteistyössä voivat olla mukana terveystoimi, apteekit, sosiaalitoimi, koulut, terveydenhuoltoalan oppilaitokset, kansalaisopistot, harrastepiirit tai kylät.

Toimien tuloksellisuutta voidaan arvioida toteutuneen toiminnan määrällä, josta saatavissa tietoja mm. terveydenhuollon tietojärjestelmistä, toimintakertomuksista ja seuraamalla väestön tupakointitietoja valtakunnallisista tutkimuksista (KTL, NNTT, Kouluterveyskysely). Kuntien oman henkilöstön terveydentilan ja terveysuhkien seuranta on tärkeä kunnan oman henkilöstön hyvinvoinnin kehittämisessä. Ammattikorkeakoulujen kanssa tehtävä yhteistyö terveydenedistämiseksi on kannatettavaa ja tupakoinnin vieroitus osana hoitoa tarjoaa yhden selkeän kokonaisuuden.

Lopuksi

Kunnille ei tule asettaa velvoitteita ilman, että tarjotaan samalla tietoa tupakoimattomuuden edistämisen lyhyen ja pitkän aikavälin hyödyistä ja niistä keinoista joita se voi soveltaa omalla toimialueellaan. Tupakoimattomuuden edistäminen jää usein sivuun, kun tupakoinnin lyhyen aikavälin haitat ovat yksilöön kohdistuvia ja tupakointi asetetaan päihteiden joukossa taustalle. Tämä näkyy useiden toimijoiden hyvinvointistrategioissa, päihdestrategioissa ja toimenpideohjelmassa, joista tupakka usein puuttuu kokonaan tai mainitaan ilman vastuutahoa tai toimenpitei-

tä. Tupakoinnin edistäminen on osa hyvinvointityötä ja se tukee muita samansuuntaisia tavoitteita, mutta se tulee tehdä näkyväksi ja siihen on sitouduttava käytännön toimissa.

Lähteitä:

Ottawa charter www.ldb.org/iuhpe/ottawa.htm

Jakarta charter http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf,
suomeksi Vertio, Harri (2003) Terveiden edistäminen. Helsinki: Tammi.

WHO:n raportti Terveiden edistämisestä Suomessa WHO European Office:
<http://www.euro.who.int/document/E78092.pdf>

Ritva Larjomaa: TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ YHTEISVOIMIN KUNNISSA

Ritva Larjomaa, kehityspäällikkö
Suomen Kuntaliitto
ritva.larjomaa@kuntaliitto.fi

Suomessa terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ ovat perinteisesti olleet kuntien terveydenhuollon toimintaa. Kansainvälisen perinteen mukaiset public health/community health-tehtävät siirtyivät kansanterveyslain voimaan tullessa pääsääntöisesti kansanterveystyön tehtäviksi. Ottawan asiakirjassa (1986) terveystieteet laajeni yksilön ja yhteisön kokonaisvaltaiseksi hyvinvoinniksi. Terveys ei ole vain sairauden puuttuminen, vaan hyvinvoinnin reuna-ehdoista terveen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kasvun ja kehityksen ohella ovat yhteisöjen toimivuus sekä puhdas, viihtyisä ja turvallinen elinympäristö.

Kunnissa on vuosikymmenien aikana monin tavoin pyritty huolehtimaan terveyden edistämistyöstä. Aiemmin valtakunnalliset suunnitelmat ja niiden toimeenpanoa koskevat ohjeet yksityiskohtaisesti ”opasti” kuntia terveyden edistämistyössä ja sen resurssoinnissa. Valtion informaatio-ohjauksen myötä kunnille on jäänyt enemmän liikkumatilaa ja kunnat ovat voineet itse päättää, miten kokonaisvaltainen terveyden edistämistyö kunnassa toteutuu.

Huolimatta siitä, että terveyden edistämistyöllä Suomessa on pitkä- ja kansainvälisestikin arvostettu perinne, se on jäänyt sairaanhoidon jalkoihin. Esimerkiksi ”Terveystä kaikille vuoteen 2000- kansanterveysohjelma” ei lähtenyt elämään kunnissa toivotulla tavalla. Ohjelma korosti hallinnonalojen yhteistyötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja vastuuta väestön terveydestä osoitettiin kaikille hallinnon aloille. Terveys 2015- ohjelma jatkaa tätä linjausta ja Suomen terveyspolitiikan tavoitteet jatkossakin ovat terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen.

Kuntalaissa on ”aukikirjoitettu” kunnan tehtäväksi edistää asukkaiden hyvinvointia alueellaan. Eri hallintoalat kunnissa ovat mahdollisuuksiensa mukaan pyrkineet täyttämään tämän velvoitteen. Kuntien toimintatapa perinteisesti on ollut sektorikeskeinen eikä välttämättä ns. konsernietua ole otettu käyttöön. Jotta terveyden edistämistyö oikeasti jalkautuu väestön käyttöön, on entistä enemmän jokaisessa kunnassa tunnistettava niitä palvelupintoja, missä terveydenedistämistyötä voidaan tehdä. On itsestään selvää, että se ei ole vain työtä terveyskeskuksessa, sairaalassa ja sosiaalityössä. Terveiden ja hyvinvoinnin ulottuvuudet niin yksilö kuin yhteisötasolla ovat monisäikeiset. On rakennettava kuntakohtaisia terveyden edistämisen toimintamalleja, joissa kunnan kaikki hallinnon alat saumattomasti toimivat yhteen terveyden edistämiseksi. Perinteisen yksilön psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen kasvun ja kehityksen tukemisen ja seurannan ohella on raken-

nettava verkostomalleja, jotka edistävät yksilöiden ja yhteisöiden terveyttä ja hyvinvointia arjen käytännöissä.

Siirryttäessä 1990-luvulta 2000-luvulle eri kunnissa on panostettu terveyden edistämisen strategiatyöhön mittavasti. Kunnissa on laadittu terveyden edistämissuunnitelmia, on tehty hyvinvointistrategioita, toimeenpano-ohjelmia ja hyvinvointiselontekoja. Keskeinen haaste tänään lieneekin, miten siirrytään sanoista tekoihin, miten osataan luoda verkostot ja toimintaympäristöt, joissa yhteistyö toimii ja käytössä oleva asiantuntijuus otetaan aidosti käyttöön. Terveystieteen valinnoille, joita tehdään niin yksilö- kuin yhteisötasolla, on palvelujärjestelmän luotava maaperää, joka ohjaa sekä yksittäisiä ihmisiä että erilaisia yhteisöjä lukemaan, arvioimaan ja arvostamaan hyvää terveyttä. Terveyspääoma rakentuu yhteiskunnassamme tiedon, arjen ratkaisujen, ohjauksen ja palvelujen kysynnän ja tarjonnan mukaan. Terveystieteen edistäminen on yhteistyötä.

K Noudattavatko sosiaaliset ongelmat kuntarajoja?

Matti Kortteinen: NOUDATTAVATKO SOSIAALISET ONGELMAT KUNTA-RAJOJA?

Matti Kortteinen, erikoistutkija
Stakes
matti.kortteinen@stakes.fi

On kaksi ajankohtaista yhteiskunnalliseen muutokseen perustuvaa seikkaa, jotka vaikeuttavat kuntien välistä yhteistyötä pääkaupunkiseudulla.

Kuntien väliset erot ovat Helsingin seudulla alkaneet kasvaa tavalla, joka näkyy sekä tulojen että sosiaalisten ongelmien paikantumisessa. Kansainväliset vertailut viittaavat siihen, että kysymys on hyvin yleisestä ja rakenteellisesti määräytyneestä kehityksestä, joka leimaa suurta osaa suurista eurooppalaisista metropoleista.

Samalla julkinen hallitsemistapa on muuttunut tavalla, joka korostaa kuntien itsehallintoa, omaa taloudellista vastuuta ja selviytymistä. Kireässä taloudellisessa tilanteessa tämä virittää kuntien väliset suhteet kilpailullisiksi.

Esityksessä pohditaan näiden uusien kehityspiirteiden taustaa, sisältöä ja merkitystä pyrkimyksissä kehittää seudun kunnallista hallitsemistapaa sellaiseksi, että se olisi kuntalaisten ja asioiden hoitumisen kannalta järkevä.

L Kasvatus tulevaisuuteen - yhteisöllisyyttä Lempäälän malliin

Risto Tuominen: YHTEISÖLLISYYTTÄ LEMPÄÄLÄN MALLIIN

Risto Tuominen, projektivastaava
Yhdessä elämään Lempäälässä -hanke
risto.tuominen@humanpoint.fi

Lempäälä on yksi Kasvatus tulevaisuuteen –hankkeen 23 pilottikunnasta. Lempäälässä hanketta toteutetaan ”Yhdessä elämään Lempäälässä” tunnuksen alla. Hankkeen taustayhteisönä toimii Mannerheimin lastensuojeluliiton, Lempäälän yhdistys, jonka hakeman Ray: n rahoituksin turvin on toimintaa toteutettu huhtikuusta 2002 lähtien. Yhdessä elämään Lempäälässä –hankkeella on päätoiminen projektivastaava sekä toimisto, joka mahdollistaa yhteistyökumppaneiden joustavan kohtaamisen sekä tarvittavien yhteyksien hoidon. Yhdessä elämään toiminta on alkanut Lempäälässä jo vuonna 1997 Hakkarin koulun vanhempainyhdistyksen käynnistämänä, Lempäälän kunta tuli mukaan vuonna 1999 ja sitoutui Kasvatus tulevaisuuteen –hankkeeseen vuoden 2000 lopulla sen käynnistyessä. Lempäälän hankkeesta on edustus myös Kasvatus tulevaisuuteen –hankkeen johtoryhmässä.

Suunnittelua ja toteutusta. Lempäälässä kasvatusyhteistyön toteuttaminen eri toimijoiden välillä on jo pitkään ollut suunnitelmallista ja suunnitelmat on kyetty yhdessä viemään tuloksekkaasti arjen tasolle. Luottamuksellinen yhteistyö on tavoittanut laajemman lasten, nuorten sekä heidän vanhempiensa osallisuuden, muun muassa laadukkaiden järjestelyiden sekä laajemman tiedottamisen ansiosta. Jokainen taho on yhteistyöstä huolimatta voinut toteuttaa omia tavoitteitaan pitkäjänteisesti ja laajemmalle porukalle. Toivottavasti myös kuntalaiset kokevat laajemman yhteistyön koituvan heidänkin hyödykseen niin lasten kuin aikuistenkin näkökulmasta.

Isyystunteja ja vauvaperheryhmiä. Lempäälässä on jo pitkään neuvolan perhevalmennuksen osana tarjottu isyystunteja tuleville isille. Isyystunnin tavoitteena on koota odotusaikana miehet yhteen jakamaan vertaista elämänkaaren vaihettaan sekä kuulemaan jo isäksi ehtineeltä ajatuksia tulevasta vanhemmuudesta. Isyystunnit toteutetaan kunnan neuvoloiden ja yhdessä elämään –hankkeen yhteistyönä. Vuosittain järjestetään 10 isyystuntia. Samalla yhteistyöllä toteutetaan myöskin vauvaperheryhmät, jotka kootaan perhevalmennusryhmien pohjalta ja heidät kutsutaan ihastelemaan vauvojaan neuvolaan. Tapaamisen tavoitteena on kannustaa perheitä tapaamaan toisiaan myös jatkossa, sillä sama elämäntilanne yhdistää sekä usein perheet ovat uusia lempääläisiä, ilman riittävää ihmissuhdeverkostoa.

Perheen viikko ja ryhtiritari –tapakasvatusohjelma. Lempäälän kunnan päivähoito ja Yhdessä elämään Lempäälässä –hanke on hankkeen alusta asti toteuttanut tapahtumia ja koulutuksia yhteistyössä. Muun muassa vuosittain järjestetään 1-2 kertaa, seitsemällä päivähoitoalueella perheen viikko, jolloin päiväkodeissa ja niiden lähiympäristössä järjestetään toimintaa, joka tukee kasvatuskumppanuutta päivähoiton ja vanhempien välillä, mutta myös mahdollistaa vanhempien tutustumisen toisiinsa toiminnan lomassa. Ryhtiritari –tapakasvatusohjelma on yhteistyössä kunnan päivähoiton, seurakunnan ja Yhdessä elämään –hankkeen suunnittelema 3-6 –vuotiaille lapsille suunnattu toimintamalli, jossa eri teemojen ja oheismateriaalin turvin harjoitellaan tapojen ja yhdessäolon kannalta tarpeellisia asioita. Tammikuussa ohjelmaa esitellään Educa -messuilla.

Katupartiointia ja tapahtumia nuorille. Yhdessä elämään –hankkeen yhtenä tärkeänä voimavarana ovat olleet vapaaehtoiset aikuiset, joiden turvin on ollut mahdollista jo viitenä kesänä

järjestää Lempäälän kunnan keskustan alueella katupartiointia viikonloppuillaisin. Toiminnan tavoitteena on ollut tuoda aikuisia katukuvaan, kohtaamaan nuoria ja joskus rauhoittelemaanakin läsnäolollaan liian hurjasti juhlivia nuoria, joiden ikä ja kokemus edellyttävät vielä turvaa. Katupartioinnin lisäksi vapaaehtoiset aikuiset jalkautuvat vuosittain yli 20 kertaa nuorille suunnattuihin tapahtumiin.

Ehkäisevää päihdetyötä, ”Yhteiselo” –artikkeleita, perheluentosarjoja, kerhoja, vanhempi –lapsi leirejä jne. Kasvatusyhteistyötä toteutetaan laajasti neuvolan, päivähoidon, opetuspalveluiden, nuorisopalveluiden, seurakunnan, yrittäjien, urheiluseurojen jne. kanssa. Yhteistyön tavoitteena on suunnitella jatkuvaa, tarkoituksenmukaista toimintaa, joka tavoittaa lapset, nuoret ja heidän vanhempansa, laajentaen heidän verkostojansa sekä lisäämällä heidän turvallisuudentunnettaan.

www.yhdessaelamaan.lempaala.fi

Pirjo Salminen: KASVATUS TULEVAISUUTEEN-HANKE 2001-2005

Pirjo Salminen, projektivastaava
Suomen Kuntaliitto, Opetus –ja kulttuuriyksikkö
pirjo.salminen@kuntaliitto.fi

Kuntaliiton Kasvatus tulevaisuuteen –hankkeen satoa kerätään parhaillaan ja kokemuksia jaetaan vapaasti kaikkien kuntien käyttöön. Hankkeen aikana pilottikunnat ovat vahvistaneet kasvatusyhteistyön verkostoja sekä luoneet kasvatuskumppanuutta kehittäviä toimintamalleja. Näillä vanhemmuutta vahvistavilla toimenpiteillä ehkäistään ennalta lasten ja nuorten syrjäytymistä sekä edistetään heidän hyvinvointiaan. Hankkeen ydinajatuksena on se, että kasvatus kuuluu lapsen koko lähiyhteisölle, vaikka vanhemmat kantavatkin kasvatuksen päävastuun. Hanke pohjautuu Kuntaliiton lapsipoliittiseen ohjelmaan ja toteuttaa sitä käytäntöön 23 pilottikunnassa.

Kasvatus tulevaisuuteen -hankkeen satoa

Yhteisiä arvoja ja asenteita. Pilotit ovat järjestäneet keskusteluita sekä seminaareja, joissa vanhemmat yhdessä eri toimijoiden kanssa ovat pohtineet perheiden ja paikkakunnan arvoja, normeja ja asenteita sekä kasvatukseen liittyviä arvoriitintoja. Pilotit ovat kehittäneet arvo –ja tapakasvatuksen tueksi erilaisia työkaluja esimerkiksi ”Eletään ihmisiksi” –pelisäännöt sekä käytöspassit. Paikalliset kauppiat ovat laatineet yhteistyökumppaneiden kanssa menettelytapoja estääkseen näpistyksiä sekä tupakan ja alkoholin ostoa ja myyntiä alaikäisille.

Vanhemmille vertaistukea. Pilotit ovat tukeneet vanhempien osallisuutta mm. perustamalla isille ja äideille omia vertaisryhmiä. Osa ryhmien toiminnasta on vanhempien itse organisoimaa ja osa on viranomaisen esimerkiksi neuvolan järjestämää. Lisäksi vanhempia on kannustettu seuraamaan, miten lasten hyvinvointi otetaan huomioon oman kunnan päätöksenteossa. Vanhempia on kuultu esimerkiksi ennen kunnanvaltuuston kokousta ja heitä on myös aktivoitu aloitteiden tekoon. Vanhempainyhdistykset ovat järjestäneet perheille suunnattuja tapahtumia ja koulutustilaisuuksia. Nuorten yökahvila – ja katutuki- toimintaan ovat vanhemmat myös osallistuneet vapaaehtoisvoimin.

Verkostoja vahvistettu. Pilotit ovat kehittäneet yhteisöllisiä toimintamalleja sekä työvälineitä mm. kodin, koulun, päiväkodin ja neuvolan kasvatusyhteistyöhön. Moniammatillisista ennaltaehkäisevää verkostotyötä on tehostettu järjestämällä yhteisiä tilaisuuksia ja koulutuksia (vanhem-

muuden roolikartta, varhainen puuttuminen, varhainen vuorovaikutus ym.). Vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakuntien kanssa pilotit ovat toteuttaneet yhdessä kerhoja ja tapahtumia. Yrittäjät ovat olleet mukana kasvatusyhteistyössä mm. sponsoroimalla koko perheen tilaisuuksia.

Lapsille ja nuorille osallisuutta. Pilottikunnissa on annettu lapsille ja nuorille entistä enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa esimerkiksi soveltamalla draamamenetelmiä, laatimalla yhteisiä pelisääntöjä sekä suunnittelemalla yhdessä omaa toimintaympäristöä. Lapsia ja nuoria on kuultu myös lapsipoliittista ohjelmaa tehtäessä. Lisäksi nuorisovaltuustolle on annettu entistä enemmän todellisia vaikutusmahdollisuuksia. Lapset ja nuoret ovat oppineet ottamaan vastuuta itsestään, toisistaan sekä lähiympäristöstään, kun he ovat päässeet suunnittelemaan ja toteuttamaan itseään koskevia asioita.

Toimintoja juurrutetaan. Ainakin 10 pilottikunnissa on jo tehty kunnan oma lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma. Monissa pilottikunnissa on hankkeen teemoja nivottu myös koulujen opetussuunnitelmiin esimerkiksi tapa-, oikeus-, seksuaalisuus- ja terveyskasvatukseen. Pilottikuntien päihde-, turvallisuus- ja hyvinvointistrategioihin on niin ikään kirjattu hankkeen tavoitteita. Tuusulassa on jo perustettu lapsi- ja perheasiain neuvosto, joka vastaa toimintojen jatkuvuudesta, kun virallinen hanke päättyy. Muissakin pilottikunnissa on suunnitteilla vastaavaa. Näiden rakenteellisten toimenpiteiden kautta juurrutetaan käytännöt pysyviksi.

Hedelmät yhteiseen koriin. Pilottien toiminta painottuu viimeisenä vuotena hyvien käytäntöjen mallintamiseen, arviointiin, juurruttamiseen sekä tiedottamiseen. Kuntaliitto kerää ja levittää pilottiprojektien tuloksia sekä materiaalisia tuotoksia. Tulokset julkaistaan internetissä, tekeillä olevassa kasvatusyhteistyön kirjassa sekä hankkeen loppuraportissa.

www.kunnat.net/kastu

M Kouluyhteisön hyvinvointi - tukea yhteistyöstä

Minna Räsänen: KOULUTERVEYSKYSELYN TULOKSISTA TERVEYTTÄ EDISTÄVÄÄN TOIMINTAAN

Minna Räsänen, erikoistutkija
Stakes
minna.rasanen@stakes.fi

Kouluterveyskysely on valtakunnallinen vuosittain toistettava kysely, jossa selvitetään yläkoulun 8. ja 9. luokkalaisten ja lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoiden elinoloihin, koulutyöhön, terveyteen ja terveystottumuksiin liittyviä asioita. Kouluterveyskysely tehdään parillisina vuosina Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääneissä ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänissä sekä Ahvenanmaan maakunnassa. Kyselyyn vastaa vuosittain 75 000 - 85 000 nuorta. Kouluterveyskysely tehtiin ensimmäisen kerran vuonna 1995. Laajamittaisesti se käynnistyi vuonna 1996. Kouluterveyskyselyn kehittämisvaihe kesti vuoteen 2003, jonka jälkeen siirryttiin Kouluterveyskyselyn jatkuvaan toteuttamiseen. Vuoden 2004 alusta alkaen erityisenä kehittämisen kohteena onkin ollut tulosten aiempaa tehokkaampi jalkauttaminen paikallisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Nuorten terveyttä edistävien toimivien käytänteiden kokoamisen ja kehittämisen tavoitteena on tarjota tiedollisia ja taidollisia välineitä erityisesti kouluyhteisön arkeen. Kehittämistyön kautta edistetään myös alueellista yhteistoimintaa.

Kouluterveyslähettiläät

Vuoden 2003 lopussa perustettiin AMK-pohjainen Kouluterveyslähettiläverkosto, johon on vuoden 2004 alusta lähtien liittynyt myös joitakin terveydenhuoltoalalla toimivia henkilöitä, mm. terveydenhoitajia (20 % Kouluterveyslähettiläistä). Kouluterveyslähettiläverkoston tarkoituksena on edistää Kouluterveyskyselyä saatujen tulosten käyttöä paikallisesti. Kouluterveyslähettiläät tarjoavat Kouluterveyskyselyn pohjalta räätälöityä koulutusta sekä konsultointi- ja kehittämispalveluja kunnille, kouluille ja muille yhteisöille. Kouluterveyslähettiläs voi toimia muun muassa luennoitsijana, asiantuntijana vanhempainilloissa, sovitun projektityön tai oppilastyönä tehtävän intervention suunnittelijana ja ohjaajana.

Stakes toimii Kouluterveyslähettiläverkoston koordinoijana ja tarjoaa Kouluterveyslähettiläverkostolle konsultointiapua, koulutusta 3-4 kertaa vuodessa, markkinointia ja välittää tuotoksia edelleen käytettäväksi.

Kouluterveyskyselystä toimintaan -kehittämishanke

Kouluterveyskyselyn tulosten hyödyntämistä kehitetään koulu- ja aluekohtaisesti kolmen ammattikorkeakoulun (OAMK, KAJAK, PKAMK) kanssa. Ammattikorkeakoulun vastuhenkilöt toimivat pilotoinnin alueellisina koordinaattoreina ja muodostavat yhdessä projektiryhmän, joka suunnittelee ja ohjaa projektin toteutusta ja etenemistä. Hanketta hallinnoi ja koordinoi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Yhteistyökumppaneina toimivat alueiden lääninhallitukset nimettyjen vastuuhenkilöiden välityksellä sekä kuntien Kouluterveyskyselyä vastaavat avainhenkilöt (sivistystoimi sekä sosiaali- ja terveystoimi). Jokainen kehittämishankkeen ammattikorkeakoulu hyödyntää myös omia yhteistyöverkostojaan ja sidosryhmiään projektissa.

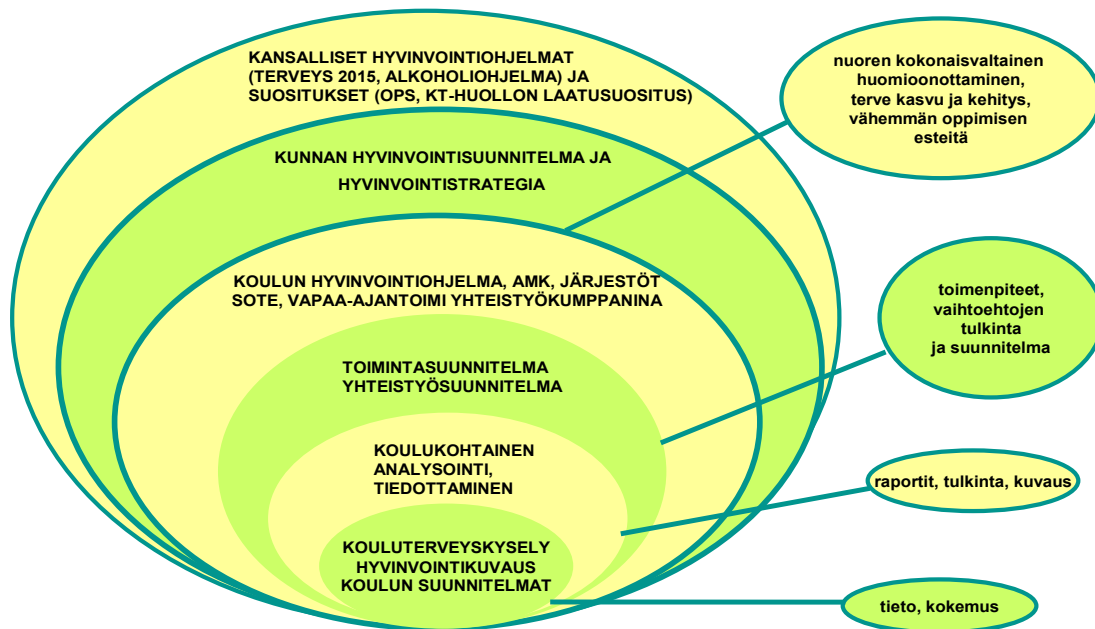
Projektin tarkoituksena on kehittää Kouluterveyskyselyn tulosten hyödyntämistä eri ikäisten koululaisten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Kehittämistyön on tarkoitus istua koulun normaaliin arkeen eikä jäädä irralliseksi kehittämishankkeen toiminnaksi. Kehittämistyö tulee liittää osaksi koulun jo olemassa olevia rakenteita. Se voi liittyä esimerkiksi koulujen terveystiedon opetussuunnitelmatyöskentelyyn, oppilashuollon toimintaan. Oppilaat ja heidän perheensä osallistuvat kehittämisprosessiin aktiivisina toimijoina, ja he ovat mukana suunnitelmassa esimerkiksi koulukohtaisia toimintoja. Projekti mahdollistaa moniäänisen vuoropuhelun lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista.

Kouluterveyskyselystä toimintaan -kehityshankkeeseen osallituissa koulussa (2-3/alue) tehdään Kouluterveyskysely (oppilaan hyvinvointia selvittävä kysely) ja Koulun Hyvinvointikuvaus (yhteisön hyvinvointia selvittävä nettikysely) (Kuvio). Koulun muodostama työryhmä (oppilashuoltoryhmään pohjautuva) arvioi Kouluterveyslähettilään avulla kyselyjen ja koulun muiden suunnitelmien (opetussuunnitelma, päihdesuunnitelma, suunnitelma kiusaamistapauksissa, tapaturmasuunnitelma) pohjalta koulun hyvinvoinnin tilaa ja määrittelee painopistealueet koulun hyvinvoinnin edistämiseksi. Tuloksista tiedotetaan sekä koulun sisällä (henkilökunta, oppilaat, vanhemmat) että alueellisesti (mm. paikallislehdistön välityksellä AMK opiskelijoiden toimesta).

Hyvinvoinnin edistämisestä tehdään toimintasuunnitelma ja alueellisesti haetaan yhteistyökumppaneita (sosiaali- ja terveystoimi, vapaa-ajan toiminta, järjestöt, vanhempainyhdistykset, projektit, kaupat jne). Yhteistyökumppaneiden kanssa sovitaan yhteisistä toimintatavoista ja toiminnasta. Kunnan hyvinvointisuunnitelmat ja ohjelmat otetaan huomioon ja kehittämishankkeesta tiedotetaan sivistys- ja terveystoimelle. Kouluterveyskyselystä toimintaan -kehittämishankkeessa toteutetaan mm. Terveys 2015 -ohjelman ikäryhmäkohtaisia tavoitteita, Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelman 2004 - 2007 (TATO) tavoitteita sekä kansallisia suosituksia (OPS, Kouluterveydenhuollon laatusuositus). Lisäksi hankkeella on suorat yhtymäkohdat mm. kansallisiin huumausaine- ja alkoholipoliittisiin ohjelmiin. Painopisteenä on ehkäisevän työn ja verkostoitumisen kehittäminen. Kouluyhteisö ympäristöi-

neen on merkittävä lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäjä. Hankkeessa viedään kouluterveyskyselyn tuottamaa aineistoa kouluyhteisöjen hyvinvointityöhön paikallisesti ja alueellisesti. Hankkeen tuottamat tulokset edistävät lapsi- ja nuorisopoliittisten strategioiden käytännön toteuttamista paikallisella ja alueellisella tasolla.

KOULUN HYVINVOINNIN KEHITTÄMINEN YHTEISVOIMIN



Mikko Häkkinen & Tiina Tervaskanto-Mäentausta & Leena Sundström: KOU- LUTERVEYSTIEDOSTA TOIMINTAAN – PILOTTI

Mikko Häkkinen, lehtori
Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@ncp.fi

Tiina Tervaskanto-Mäentausta, projektipäällikkö &
Leena Sundström, lehtori
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@oamk.fi

Kouluterveystiedosta toimintaan – pilottihankkeen päämääränä on edistää koululaisten ja koulu-yhteisöjen kokonaisvaltaista terveyttä kolmen ammattikorkeakoulun (OAMK, KAJAK, PKAMK) ja kultakin alueelta valittujen koulujen yhteistyöllä.

Pilotoinnin lähtökohtana on kouluterveyskyselyjen tulosten hyödyntämisen tehostaminen koulu-kohtaisesti. Tulosten avulla voidaan tunnistaa keskeiset oppilaiden tervettä kasvu ja kehitystä edistävät ja uhkaavat tekijät. Keskeistä on tulosten välittäminen kaikille kouluyhteisön toimijoille, erityisesti vanhempien ja kodin merkitystä halutaan korostaa. Terveyttä ja hyvinvointia edistävän toiminnan tavoitteet asetetaan yhdessä siten, että kaikki yhteisön toimijat osallistuvat tavoitteenasetteluun. Tämä edesauttaa sitoutumista toimintaan. Kouluterveyslähettiläs toimii prosessissa ohjaajana ja asiantuntijana.

Toiminta perustuu verkostomaiseen yhteistyöhön, jossa toimijoina ovat koulun ja kouluterveydenhuollon ohella perhe- ja lähiyhteisö, ystävät, vapaa-ajan viiteryhymät, sekä alueelliset kunnalliset toimijat (sosiaali- ja terveystoimi, nuorisotoimi, kulttuuritoimi, tekniikka- ja rakentaminen sekä liikenne). Myös alueella toimivat järjestöt ja yritykset ovat tärkeä osa verkostoa.

Ammattikorkeakouluilla on osaamista näyttöön perustuvan toiminnan suunnittelusta, ohjaamisesta ja arvioinnista. Ammattikorkeakoulujen haasteena on osallistua entistä enemmän alueelliseen kehittämistyöhön. Tässä hankkeessa kehittämistyö tulee tapahtumaan yhteistyössä kouluyhteisöjen kanssa. Ammattikorkeakoulujen terveysalan opettajat toimivat kouluterveyslähettiläinä tukien kehittämistyötä ohjauksen ja asiantuntijuuden kautta. Ammattikorkeakoulun opiskelijat osallistuvat kehittämistyöhön pilottihankkeessa ohjatun harjoittelun, projektitöiden ja opinnäytetöiden muodossa.

Tiina Tervaskanto-Mäentausta: KOKEMUKSIA YHTEISTYÖSTÄ

Tiina Tervaskanto-Mäentausta, THM projektipäällikkö
Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö
tiina.tervaskanto-maentausta@oamk.fi

Kouluterveyskysely on tuonut systemaattista tietoa paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti jo vuosia suomalaisten kouluikäisten lasten terveydestä ja hyvinvoinnista kuin myös niitä uhkaavista asioista. Valtakunnallisesti on voitu määritellä tavoitteita ja painopistealueita erilaisiin terveyden edistämisen strategisiin ohjelmiin ja suunnitelmiin. Tästä esimerkkinä mm. Terveys 2015 kansanterveysohjelma. Arvokasta tutkimustietoa sen sijaan ei ole juurikaan hyödynnetty paikallistasolla kyselyyn vastanneiden lasten ja kouluyhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lähtökohdaksi.

Kouluterveyslähettilästoiminnan ydintavoitteena on auttaa kouluyhteisöjä paikallistasolla hyödyntämään tehokkaasti kyselyn tuloksia terveyttä edistävän opetussuunnitelmatyön ja kouluyhteisöjen hyvinvoinnin edistämiseen. Lähettiläsverkoston taustalla on ammattikorkeakoulujen kouluterveysopettajien yhdyshenkilöverkosto, jota on täydennetty mm. kouluterveydenhoitajilla. Lähettiläs toimii yhteistyössä kouluyhteisöjen kanssa. Sosiaali- ja terveysalan opiskelijat voivat myös osallistua kehittämistyöhön.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu on tehnyt jo vuosia yhteistyötä toimialueensa koulujen kanssa. Kouluterveyskysely on erittäin hyvä lähtökohta kehittämistyön suunnitteluun ja keskeisten tavoitteiden asettamiseen. Esityksessäni kerron kokemuksia kolmesta eri projektista.

Majakka 2001-2003 ja Huumevastaavat 2001-2003 projekteissa oli mukana 23:sta koulusta opettajia, kouluterveydenhoitajia ja oppilashuollon henkilöstöä, jotka projektin aikana prosessoivat ja kehittivät omiin kouluyhteisöihinsä ja -ympäristöihinsä soveltuvia toimintamalleja päihteiden ja huumeiden käytön ehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. Koulukohtaiset osaprojektit käynnistyivät nykytilakartoituksilla. Kyselyissä kartoitettiin oppilaiden päihteiden käyttöä, asenteita, mielipiteitä koulun päihdekasvatuksesta sekä vastaavasti opettajien ja vanhempien päihdetietoutta ja mielipiteitä ja toiveita päihdekasvatuksesta ja varhaisesta puuttumisesta. Kouluterveyskyselyn päihteitä käsittelevät kysymyspatterit olivat usean koulun kartoituksen pohjana. Aikaisempien kouluterveyskyselyjen tiedot olivat myös hyvä vertailupohja nykytilanteelle.

Kehittämistyö kouluissa käynnistyi kartoitusten tuoman tiedon perusteella. Projekti osoitti, että koulukohtainen tilannetieto on välttämätön kehittämisen edellytys. Kouluyhteisön eri tahojen, opettajien, vanhempien ym. on helpompi sitoutua yhteiseen toimintaan, kun se koskettaa suoraan oppilaiden, lasten ja nuorten terveyttä ja tulevaisuutta. Yksi keskeinen tulos projektissa olikin, että ei ole olemassa yhtä oikeaa mallia koulun päihteiden vastaiselle työlle. Jokainen koulu lähtee omista lähtökohdistaan ja toimintakulttuuristaan. Sitoutumisen kannalta on tärkeää, että kyselyjen ja kartoitusten tulokset esitetään kaikille osapuolille, myös oppilaille.

Kun tilannetieto on käytettävissä, niin siitä on hyvä tiedottaa myös paikallisille päättäjille. Koulut nimesivät vastuuhenkilöt kehittämistyöhön. Rehtorin, koulun johdon sitoutuminen osoittautui myös välttämättömäksi. Merkittävää oli vedota paikallisiin ja kansallisiin hyvinvointiohjelmiin ja -strategioihin kehittämistyön lähtökohtana. Koulujen moniammatillisesti yhteistyöverkostot muodostuivat oppilashuoltoryhmän pohjalta. Verkostoryhmät toimivat työrukkasena, asettivat kehittämistyön koulukohtaiset tavoitteet ja laativat toimintasuunnitelman, jonka pääkohtina oli ennaltaehkäisevän päihdetyön ja terveystieteiden kehittämisen sekä varhaisen puuttumisen toimintamallin luominen. Projektin tuloksena jokainen koulu tuotti oman toimintamallinsa. Sen lisäksi koottiin yhteinen tuote oppaaksi muille kehittämistyötä käynnistäville kouluille: Yhdessä toimien päihdettä vastaan – opas kouluyhteisöille.

Terve ja osaava Pohjanmaa 2002-2005 –projekti on laaja usean kunnan terveyden edistämisen kehittämishanke. Se on jakaantunut osaprojekteihin, joissa jokainen on määritellyt tavoitteensa. Koululaisten terveyden edistämiseen painottuvan osahankkeen toimialueena on yksi Oulun kaupungin kaupunginosia ja sen kaikki koulut yhteistyökumppaneineen. Projektissa ollaan kehittämässä alueellista monialaista yhteistyöverkostoa koululaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Kehittämistyö lähti ideariihityöskentelystä ja koulukohtaisista kartoituksista. Keskeisten osatavoitteiden asettamiseen saatiin arvokasta tukea juuri saaduista tuoreista kouluterveyskyselyn tuloksista. Alueellinen tieto yhdessä koulukohtaisen tiedon kanssa antoi hyvän pohjan kehittämiselle ja yhteistyölle. Erityisen tärkeäksi todettiin tiedon välittäminen ja keskustelut opilaiden ja vanhempien kanssa. Projektissa on edetty hyvin käytännönläheisin askelin ja niiden kautta ollaan luomassa uudenlaisia toimintamalleja yhteistyölle ja huolen varhaiseen puuttumiseen alueen lasten hyvinvoinnissa.

Keskeisten kouluterveyttä kuvaavien indikaattorien valinta ja kouluterveyskyselyn jatkuva kehittäminen on merkittävää kouluikäisten lasten terveyden edistämistyötä. Eri sektoreiden yhteistyön tiivistäminen ja tiedon kulun parantaminen ja tehostaminen mm. uutta teknologiaa hyödyntäen on haaste, johon kouluterveyslähettilästoiminta tuo uusia ideoita ja toimintamalleja. Kouluterveydenhuollon uusi dokumentointijärjestelmä on myös yksi väline, joka tähtää samoihin päämääriin.

Tuula Kuha: KOMMENTTI: "KOULUYHTEISÖN HYVINVOINTI - TUKEA YHTEISTYÖSTÄ"

Tuula Kuha, terveydenhoitaja
Kirkkonummen terveyskeskus
tuula.kuha@kirkkonummi.fi

Kouluterveydenhoitajalla on erinomaiset mahdollisuudet osallistua kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämiseen sekä hyödyntää yhteistyön antama tuki.

Perustyö jo pelkästään antaa mahdollisuuden edesauttaa koululaisten hyvinvointia terveystapaamisissa. Terveystapaamisissa kartoitetaan koululaisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tilannetta. Mikäli ilmenee tarvetta, niin etsitään keinoja auttaa ja tukea lasta tai nuorta, jotta hänen hyvinvointinsa paranisi. Tämän tulee luonnollisesti tapahtua yhteistyössä lapsen tai nuoren ja hänen huoltajiensa kanssa. Joskus yhteisen sävelen löytäminen voi viedä aikaa, mutta useimmiten asiat etenevät luonnollisesti.

Monet kouluterveydenhoitajat tekevät laajaa yhteistyötä mm. kotien, opettajien, oppilashuoltohenkilöstön, sosiaalitoimen, nuorisotoimen ja erikoissairaanhoidon kanssa.

Kouluterveydenhoitajana olen kokenut kouluterveyskyselyn erittäin tärkeäksi ja työmotivaatiota lisääväksi tutkimukseksi. Sen avulla voi seurata miten koulussa, kunnassa, läänitasolla ja valtakunnan tasolla nuoret voivat. Siitä on helppo tehdä vertailuja ja nähdä mitkä asiat ovat koulussa ja kunnassa hyvin ja mitkä asiat eivät ole kohdallaan vaan vaativat panostusta.

Tämä taas vaatii laajaa yhteistyötä koulu- ja kuntatasolla. Ensimmäinen tehtävä on luonnollisesti saada kaikki asianosaiset ja päättäjät informoitua tilanteesta ja saada heidät kiinnostumaan asiasta. Tämän suhteen löytyy varmaankin monenlaisia lähestymistapoja. Kirkkonummella olemme tällä kertaa lähteneet liikkeelle tiedottamalla paikallislehdissä ja vanhempainilloissa, informoimalla eri lautakuntia ja viranhaltijoita, tiedottaminen oppilaille ja opettajille on parhaillaan menossa. Tavoitteena on, että eripuolilla kuntaa viriäisi keskustelua asiasta ja niitä lähdetäisiin viemään eteenpäin.

Itse toivoisin kuntaamme työryhmää Salon-Turun-mallin mukaisesti, missä moniammatillinen työryhmä vastaa siitä, että kouluterveyskyselyä hyödynnetään suunnitelmallisesti.

Koska kouluterveyskyselyjen kautta ilmeni luonnollisten perustarpeiden merkitys koululaisten terveydelle ja hyvinvoinnille, aloitimme Kirkkonummen kouluterveydenhuollossa 2-3 vuotta sitten kunnan kaikilla kouluasteilla teemavuodet. Luvuvuonna 2002-2003 teemavuoden aiheena oli uni otsikolla "Unta palloon", seuraavana luvuvuonna keskityimme syömiseen otsikolla "Safkaa diggaa tai body flippaa - Tankkaa oikein". Parhaillaan suunnittelemme liikuntateemavuotta luvuvuodeksi 2005-2006. Teemavuosina olemme tehneet tiivistä yhteistyötä mm. hammashuollon, kunnan ruokapalvelun, opettajien, oppilaiden ja paikallislehtien kanssa ja olemme pyrkineet tavoittamaan koululaisten lisäksi kodit, koska siellä käyty keskustelu on avainasemassa ja tällä tavalla voimme myös olla tukemassa kotien kasvatustyötä terveelliseen suuntaan. Teemavuosien ajatuksena on edistää samalla koko kouluyhteisön hyvinvointia, koska hyvin nukkuneet, hyvin ravitut ja liikkuvat koululaiset jaksavat paremmin sekä fyysisesti, psyykkisesti että sosiaalisesti. Kaikki tämä lisää positiivisuutta, vähentää ongelmia ja häiriöitä ja edesauttaa myös opettajien jaksamista ja työmotivaatiota.

Mielestäni Kouluterveyskysely on niin hieno asia, että siitä pitäisi kertoa ympäri maailmaa ja saada kaikki vanhemmat ja lasten ja nuorten kanssa työtä tekevät tahot kiinnostumaan siitä jotta voimavarat kohdennettaisiin nimenomaan niihin asioihin joihin on tarvetta ja samalla voitaisiin systemaattisesti seurata saatuja tuloksia.

N Ylös, ulos ja lenkille - vanhukset kuntopolulla

Elina Karvinen & Ulla Salminen: AHKERA LIIKKUMINEN OSAKSI IKÄÄNTYVÄN IHMISEN ARKIELÄMÄÄ

Elina Karvinen, TtL, LitM, toimialapäällikkö &
Ulla Salminen, fysioterapeutti, projektisuunnittelija
Ikäinstituutti, Kuntokallio-säätiö
etunimi.sukunimi@ikainst.fi

Tutkimukset osoittavat, että arkiaktiivisuus ja liikunnan säännöllinen harrastaminen edistävät iäkkään ihmisen hyvinvointia ja itsenäistä elämää. Arjen sujumisen kannalta erityisen tärkeää on kyky liikkua. Liikkumiskykyä voidaan ylläpitää ja parantaa sopivalla voima- ja tasapainoharjoittelulla. Harjoittelusta hyötyvät myös erittäin vanhat, toimintakykyään menettäneet ihmiset. Sopiva harjoitusohjelma tukee kotona asumista ja ehkäisee siirtymistä laitoshoitoon.

Monipuolisella liikkumisella toimintakykyä ja sisältöä ikäihmisen elämään

Toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä jokapäiväisestä elämästä. Hyvä toimintakyky antaa iäkkäälle ihmiselle mahdollisuuden kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, elämänlaatuun ja oman elämän hallintaan. Liikkumiskyky on keskeinen tekijä toimintakyvyn kannalta. Monet aktiiviset arkitoiminnot, kuten siivous, kauppakassin kantaminen tai portaissa kävely ylläpitävät liikkumiskykyä. Erityisen tehokkaita tähän tarkoitukseen ovat hyvin suunnitellut, iäkkäälle ihmiselle räätälöidyt liikuntaharjoitteet.

Liikkumisen terveyshyödyt

Säännöllisellä liikkumisella voidaan edistää paitsi liikkumiskykyä myös yleistä terveydentilaa. Esimerkiksi ulkolenkkeilyllä voidaan ehkäistä ja hoitaa mm. sepelvaltimosairautta, diabetesta, verenpainetauti ja ylipainoisuutta. Liikkumisen myötä verenpaine alenee, aineenvaihdunta vilkastuu ja kaatumisriskit pienenevät. Liikunta käy lääkkeeksi myös moniin masennus- ja ahdistusoireisiin. Useita kertoja päivässä toistuva jalkeilla olo on tehokasta itsehoitoa kaikille ikäihmisille.

Jokaisen ihmisen on tärkeä löytää keinoja huolehtia hyvinvoinnistaan. Myös iäkkäille ihmisille löytyy varmasti liikkumismahdollisuuksia, joista voi saada niin fyysistä kuin henkistäkin voimaa elämäänsä. Kannattaa rohkeasti kokeilla erilaisia liikkumisen tapoja ja liikuntaharrastuksia ja valita niistä sellaiset, jotka miellyttävät eniten. Parhaimmillaan ne tuovat paitsi liikkumiskykyä myös iloa ja hyvän olon hetkiä arjen keskelle.

Liikkumisvarmuutta kotiaskareilla, ulkoilulla sekä voima- ja tasapainoharjoittelulla

Liikkumiskyvyn ylläpitämiseksi ja kaatumisen ehkäisemiseksi tärkeintä on jalkoihin ja lantioon kohdistuva lihasvoimaharjoittelu. Lihasvoimaa harjoitetaan tehokkaimmin kuntosalien voimaharjoittelulaitteilla koulutettujen ohjaajien valvonnassa.

Myös ikäihmisten suosima kotivoimistelu on liikkumiskyvyn kannalta hyödyllistä, jos painotetaan jalkojen harjoituksia. Kotivoimistelun tehoa lisäävät nilkkoihin kiinnitettävät tarrapainot. Monet kotiaskareet, joissa liikutaan ripeästi ja kuljetaan portaissa, edistävät liikkumiskykyä..

Tasapainokyky ja liikkumisvarmuus heikkenevät vähentyneen liikunnan ja iän myötä. Näitäkin ominaisuuksia voidaan harjoittelulla ylläpitää ja parantaa. Hyvää harjoitusta tulee monipuolisten arkiaskareiden ja luonnossa liikkumisen yhteydessä. Myös vanhoja liikuntataitoja kannattaa verestää. Esimerkiksi erilaiset pelit ja kisailut sekä tanssin monet muodot ovat hyvää harjoitusta liikku-

misvarmuuden lisäämiseksi. Monilla paikkakunnilla järjestetään lisäksi erityisiä ikäihmisille tarkoitettuja tasapaino- ja kävelyryhmiä.

Mistä tietoa iäkkäiden ihmisten liikunnasta?

Ikääntyvien liikunnan järjestäjätahoja on useita. Tärkein taho, johon omaa ryhmää etsivän kannattaa ottaa yhteyttä, on kunnan liikuntatoimi. Sieltä saa tietoa myös omaehtoisen liikkumisen mahdollisuuksista, kuten ulkoilureiteistä ja uimahalleista. Liikuntatoimesta voi kysyä muidenkin tahojen järjestämistä liikuntatilaisuuksista. Näitä tahoja ovat mm. kansalais- tai työväenopistot ja urheiluseurat sekä seurakunta ja SPR. Ikäihmisille järjestetään liikuntaa myös eläkeläis- ja kansanterveysjärjestöjen paikallisyhdistyksissä sekä erilaisissa palvelukeskuksissa ja -taloissa. Terveyskeskuksen fysioterapiastakin saattaa löytää itselleen sopivan liikuntaryhmän.

Anne Tanhuanpää: MITEN ME SEN TEIMME, SUURSUON VANHUSTEN POLKU

Anne Tanhuanpää, projektinjohtaja
Helsingin kaupunki
anne.tanhuanpää@hel.fi

Helsingin kaupungin rakennusvirasto on rakentanut Maunulan Suursuonpuistoon helppokulkuisen ja turvallisen ulkoilureitin, joka sopii erityisesti vanhuksille ja liikuntarajoitteisille. Esteetön polku on malliesimerkki asukasysteistyön toimivuudesta ja samalla esteettömän viherrakentamisen koehanke.

Polulla voivat liikkua esteettä niin rollaattorin ja pyörätuolin käyttäjät, näkövammaiset kuin muistin ongelmista kärsivätkin. Polulle riittää käyttäjiä, sillä Suursuonpuiston välittömässä läheisyydessä sijaitsee sairaala, terveysasema, sosiaalikeskus sekä kaksi vanhainkotiä.

Idea peräisin ympäristörakentamisen aloitekilpailusta

Polkuhanke sai alkunsa asukasaloitteesta. Maunulalaisen **Salme Kurjen** esittämä ”Vanhusten kuntopolku” sai kunniamaininnan vuonna 1997 Helsingin kaupungin julistamassa ideakilpailussa, joka koski lähialueiden asunto- ja ympäristörakentamista. Salme Kurjen visiona oli ympärivuotisesti helposti kuljettava ja turvallinen ulkoilureitti huonokuntoisille vanhuksille läheiseen Suursuonpuistoon.

Rakennusvirasto ryhtyi suunnittelemaan Kurjen ideoimaa puistopolkua talvella 2000. Vaikka talonrakentamiseen oli jo pitkään ollut tarjolla esteettömän rakentamisen ohjeavot, ei puistojen rakentamiseen vastaavia ohjeita ollut lainkaan. Ennen itse polun suunnittelua piti siksi kehitellä malli, jota voitaisiin soveltaa viher- ja virkistysalueiden esteettömään rakentamiseen yleisesti.

Ohjeet esteettömälle viherrakentamiselle

Rakennusvirasto kutsui Invalidiliiton sekä Helsingin kaupungin vanhus- ja vammaisneuvostojen edustajat mukaan suunnitteluun. Lisäksi pyydettiin lausunto kymmeniltä suomalaisilta vammaisjärjestöiltä, järjestettiin Maunula-foorumin kanssa avoin keskustelutilaisuus, vammaisjärjestöjen kanssa kävelykierros sekä haastateltiin Maunulan vanhainkodin asukkaita, kotihoitoa tarvitsevia vanhuksia sekä lähialueen laitosten henkilöstöä.

Suunnittelutyön tuloksena julkaistiin ohjekirja Maunulapolun hankesuunnitelma (Helsingin kaupungin rakennusviraston viherosaston selvityksiä 2000:7). Ohjekirjaa saavat vapaasti käyttää kaikki esteettömästä viherrakentamisesta kiinnostuneet tahot.

Hankesuunnitelmassa on määritelty esteettömien puistopolkujen laatuvaatimusten tavoitteet. Suunnitelma määrittää erityyppisten reittien esteettömyyden, turvallisuuden, viihtyisyyden, kau-
neuden sekä valvonnan ja ylläpidon kriteerit.

Viisiosainen liikkumisreitistömalli

Hankkeen yhteydessä laadittiin yleinen liikkumisreitistömalli, joka koostuu viidestä osasta: sisä-
piha, perusreitti eli pihapolku, lisäreitti eli luontopolku, pitkäreitti eli kuntopolku sekä höytyliik-
kuminen eli esteetön yhteys peruspalveluihin. Mallin osista perus-, lisä- ja pitkäreitti sijoittuvat
julkisille viheralueille.

Lyhyt perusreitti sijoittuu vanhainkodin tai palvelutalon välittömään läheisyyteen. Se sopii kaikille
käyttäjille, myös hyvin huonosti liikkuville. Väylä rakennetaan ja ylläpidetään ympärivuotisesti
esteettömästi ja turvallisesti käytettäväksi. Väylä mitoitetaan niin, että saattajan kanssa liikkuva ja
rollaattoria käyttävä voivat kohdat ongelmitta. Perusreitin pituuskaltevuus on enintään 3,0 % tai
enintään 5,0 % / 6 m. Polulla on 1-puolinen käsijohde koko matkalla ja levähdyspaikat näkemä-
etäisyydellä toisistaan, enintään 50 metrin välein.

Lisäreitti on tarkoitettu kohtuullisen hyväkuntoisille käyttäjille. Reitillä pitää päästä liikkumaan
myös rollaattoria ja pyörätuolia käyttäen. Reitin pitää olla turvallinen päivisin kaikkina vuodena-
koina. Väylä mitoitetaan niin, että kahden rollaattorin tai pyörätuolin kohtaaminen on mahdolis-
ta. Reitin pituuskaltevuus on enintään 4,0 % tai enintään 5,0 % / 20 m. Kun pituuskaltevuus
ylittää 3,5 % polulla on käsijohde. Levähdyspaikat ovat näkemäetäisyydellä tai enintään 50 met-
rin päässä toisistaan.

Pitkäreitti on tarkoitettu virkeille käyttäjille, mutta sillä voi liikkua myös rollaattoria tai pyörä-
tuolia käyttäen, jos on melko hyväkuntoinen. Väylä mitoitetaan mahdollistamaan kahden pyörä-
tuolin kohtaaminen. Reitin pituuskaltevuus on enintään 5,0 % tai enintään 8,0 % / 20 m. Kun
pituuskaltevuus ylittää 5 %, reitillä on käsijohde. Levähdyspaikat sijoitetaan kuntoiluosuuksien
yhteyteen. Suorituspaikoilla voi olla portaita, jolloin 2-puoliset käsijohteet. Kaiteiden ja käsijoh-
teiden korkeus on 900 mm. Kaiteen sijoitus ei saa haitata talvikunnossapitoa ja kaiteen ääreen
on päästävä myös talvella.

Levähdyspaikat erotetaan polusta yhtenäisen reunakiven katkeamisella sekä päällystemateriaalin
vaihtumisella. Levähdyspaikalla on yksi tai useampia istuimia ja roskakori. Jos levähdyspaikalla on
pöytä, sen ääreen pitää päästä pyörätuolilla.

Suursuonpuiston perusreitti ja lisäreitti

Puistoon on valmistunut 250 metrin pituinen metsäinen perusreitti ja sen terveyskeskukseen
yhdistävä 150 metrin lisäreitti. Levähdys- ja oleskelupaikkoineen reitit soveltuvat hyvin ulkoi-
luun ja luonnon tarkkailuun. Perus- ja lisäreitti ovat noin kolme metriä leveitä kivituhkapintaisia
polkuja. Kokonaan tasaisella perusreitillä huonomuistisen matkaa helpottaa polun sisäreunaa
kiertävä kaide, joka johdattaa kulkijan turvallisesti takaisin lähtöpaikalle. Liikkumista ohjaa myös
polun toisen laidan 30 cm leveä kenttäkivinauha.

Hyvin valaistuille poluille on rakennettu 50 metrin välein levähdyspaikkoja, joissa on käsinojalli-
sia penkkejä ja pöytiä. Polut ovat opastettuja ja niillä on eri väriset kalusteet. Perusreitillä kalus-
teiden väri on kullankeltainen ja yhdysreitillä oranssi.

Suursuonpuiston pinta-ala on 29,2 hehtaaria, josta hankkeen osuus on 6,8 hehtaaria. Esteettö-
män reitistön pinta-ala on 8.300 m². Polun suunnittelu- ja rakentamiskustannukset olivat
228.000 euroa ja kustannukset keskimäärin 28 euroa/m². Hinnat ovat verollisia.

Tuoksut ja linnut herättävät muistoja

Idean äiti Salme Kurki osallistui polun suunnitteluun koko hankkeen ajan. Hänen toivomuksensa polun varrelle istutettiin luonnonympäristöön sopivia ja jo kotipihoista tuttuja kukkia, kuten juhannus- ja valamonruusua, pihajasmiketta, syyshortensiaa ja erilaisia alppiruusuja. Reitillä on myös linnunpönttöjä ja lintulauta. Vanhukset ja liikuntarajoitteiset ihmiset käyttävät polkuja päivittäin. Turvalliset ja viihtyisät reitit ovat houkutelleet vanhuksia ulos liikkumaan.

Maritta Järvinen: KUNTOPOLKU KUNTOUTUKSEN VÄLINEENÄ – KOKE- MUKSIA KANGASALAN RIKU-REITEILTÄ

Maritta Järvinen, toimintaterapeutti
Reumaliiton Kuntoutumiskeskus Apila
toimintaterapia@reumaliitto.fi

Riku-reitit ovat syntyneet kolmen eri terveydenhuollon yksikön ja kylälaisten yhteistyönä vuosina 1996 – 98 Kangasalle Riun kylän alueelle Kuntoutumiskeskuksen aloitteesta. Nimensä reitit ovat saaneet Riku-jättiläisen mukaan. Pitäjän perimätieto kertoo kahdesta jättiläisestä Rikusta ja Pikosta, jotka antoivat Rikun kylää halkovalle Pikonlinnan niemelle nykyisen harjumaisten muotonsa.

Nykyinen Kuntoutumiskeskus Apila sijaitsee juuri tällä kauniilla Pikonlinnan männikkörinteellä Vesijärven rannalla. Maaston jyrkkyys ja monimuotoisuus vaikeuttivat liikuntarajoitteisten ulkoilukuntamahdollisuuksia. Kuntoutumiskeskuksen välittömässä läheisyydessä sijaitsee Kangasalan kunnan virkistysalueet, vanhainkodin perinteikäs pihapiiri sekä TAYS Pikonlinnan sairaalan puistoalueet.

Tavoitteena oli lähiympäristön kehittäminen liikuntaesteettömämmäksi ja kuntoutuspalveluita tukevaksi, eri yksiköiden ja alueen asukkaiden kohtaaminen, avoimuus sekä lisääntyvä kanssakäyminen.

Ympäristöä kehittämään perustettiin työryhmä, jossa oli em. yksiköiden, kunnan, päiväkodin ja kylälaisten edustajat puheenjohtajana Marja Kurenniemi Stakesista. Yhteistyönä syntyi kevyen kulun –reitistö, Riku-reitit, jotka luokiteltiin helppokulkuisuutensa ja esteettömyytensä suhteen kolmeen luokkaan. Esteettömin reitti on pyörätuolia ja apuvälineitä tarvitseville sekä oman kunnan testaajille tarkoitettu reitti. Toinen reittiluokka on helppokulkui- nen, jota voi käyttää tarvitessaan esim. kävelykeppiä, portaissa kaiteen tukea ja kolmas luokka on luontopolku vaatien kykyä selviytyä vaikeampikulkuisessa maastossa.

Reitit muodostavat eripituisia lenkkejä ja risteytyvät. Ne nimettiin väreillä sininen, oranssi ja vihreä. Reiteistä on selkeä kartta ja kaikilla reiteillä on opasteet sekä tarkat välimatkat. Kartta reiteistä on kuntoutujille tarkoitettussa Vapaa-aika –kansiossa ja Kuntoutumiskeskuksen pihan opastetaulussa. Karttoja on myös helposti saatavilla keskuksen eteisaulasta.

Sininen: apuväline eli pyörätuolireitti, on merkitty jalankulku – pyörätuoliliikennemerkeillä. Se on valaistu, asfaltoitu, leveys 2.5m, molemmin puolin on maalattu valkoiset raidat näkövammaisia ajatellen ja reitin kaltevuudet noudattavat ohjeistoa. Levähdyspenkkejä on säännöllisin välimatkoin.

Oranssi: helppokulkui- nen reitti on kivituhkapintainen, leveys 2.5 m, soveltuu osin pyörätuolia käyttäville. Reitiltä on kaunis näköala järvelle.

Vihreä: reitti on luontopolkutyypin rantareitti veden äärellä ja suunniteltu jo olemassa olevia polkuja hyväksi käyttäen.

Riku-reittien käyttö kuntoutuksessa:

Reittejä käytetään mm. ohjatuissa ulkoiluryhmissä, avustetuissa kimpappaulkoiluissa, kävelytestauksissa. Reitit soveltuvat hyvin sauvakävelyn ja vihreä reitti talvisin lumikenkäkävelyn. Kuntoutujia rohkaistaan omatoimisille lenkeille, koska kartan ja selkeiden opasteiden vuoksi on turvallista lähteä ulkoilemaan. Reitit ovat aktiivisessa käytössä erityisesti kesäaikaan. Kaunis metsäinen, osin puistomainen ympäristö, puhdas ilmasto houkuttelevat nauttimaan luonnosta, niin fyysisen kunnon kohottamiseksi, virkistymiseksi kuin hiljentymiseksi.

Riun kylässä asuva luontokuvaaja Jarkko Kähkönen on tehnyt upean kuvasarjan alueen eläimistä ja kasveista eri vuodenaikoina esittäen sitä säännöllisin väliajoin kuntoutujille iltaohjelmistossa. Diakuvaesitys havahduttaa ja motivoi kuntoutujia tarkkailemaan lähiympäristön pieniä sekä suuria luonnonihmeitä.

Kangasalan luonnonkauneus on tullut tunnetuksi Topeliuksen Kesäpäivä Kangasalla –laulusta. Pirkanmaa, Kangasala mukaan lukien, edustaa tyypilliseksi miellettyä suomalaista luonnonmaishuonnetta, jota luonnehtivat erilaiset vesistöt sekä vesi- ja maapinnan monimuotoinen vaihtelu.

Reittien avulla erityisesti vaikeavammaisten kuntoutujien mahdollisuudet ulkoiluun, myös oma-toimiseen, ovat lisääntyneet. Yhteistyönä syntyneet reitit ovat antaneet luvan liikkuu vapaasti myös toisten yksiköiden tonteilla ja piha-alueella. Kyläläiset ulkoilevat myös ko. reiteillä. Vanhainkodin pihalla kesäisin laiduntavien lampaiden katsomisesta on tullut suosittu ”retkikohde” kuntoutujillemme.

Esiin tulleita ongelmia:

Luonto rehevöityy melko nopeasti aiheuttaen erityisesti polkujen kaventumista. Talvisin liukkaas rajoittaa erityisesti sinisen reitin käyttöä. Kunta huolehtii aurauksesta, mutta kunnossapitoluokitus ei ole korkein mahdollinen. Myös syksyn lehdistö aiheuttaa liukkaita.

Visioita reittien kehittämiseksi:

Reittien varrelle on toivottu kotaa / laavua tms. nuotiopaikkaa, lisää levähdyspenkkejä (myös korkeita), pitkospuu –tyyppistä pinnoitetta osalle vihreää reittiä sekä tehtävärasteja lisäämään esim. ympäristö – ja luontotietoutta.

Kokonaisuudessaan reittien rakentaminen on ollut erittäin hyödyllistä ja erityiskiitoksen ansaitsee Kangasalan kunta myönteisestä suhtautumisestaan hankkeeseen.

Kirjallisuutta aiheesta:

Esteettä luontoon liikkumaan: Irma Verhe, Painatuskeskus Oy 1994

Ulkoilureitti, Opas ulkoilureittien suunnittelijoille, rakentajille ja hoitajille: Karjalainen, Verhe,

Rakennusalan Kustantajat RAK, Hki 1995

TIIVISTELMÄT

Kunnat aktiivisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä

TERVEYS 2015 KUUSIOKUNTIIN

Satu Mäkelä, terveydenhoitaja & Kirsi Haveri, terveydenhoitaja &
Eija Kyrönlähti, yliopettaja
Alavudenseudun terveydenhuollon ky
etunimi.sukunimi@alavus.fi

”Terveys 2015 Kuusiokuntiin” – hanke vuosina 2003-2006 on käynnistänyt yhteistyön Kuusiokuntien (Alavus, Kuortane, Töysä, Ähtäri, Lehtimäki, Soini) ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön välillä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Hanketta koordinoi Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Kuusiokuntien ja korkeakoulun nimeämä neuvotteluryhmä suunnittelee ja arvioi toimintaa.

Tavoitteena on Terveys 2015 -ohjelman ja terveyden sekä hyvinvoinnin edistämisen liittäminen kunnalliseen päätöksentekoon käynnistämällä konkreettisia toimintoja kuntien ja terveysalan koulutuksen yhteistyönä. Tavoitteena on myös, että kuntalaisten terveys ja hyvinvointi edistyy moniammatillisena, eri hallintorajat ylittävänä yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin toimintana.

Hanke edistää seudullista yhteistyötä, kunnan ja kuntien eri sektoreiden verkostoitumista sekä terveyden ja hyvinvoinnin juurtumista kuntien toimintaan. Se tukee Etelä-Pohjanmaan muita terveyden edistämiseen tähtääviä toimintoja, kuten Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon strategia. Hankkeessa otetaan huomioon myös kansallinen terveysprojekti, STM:n strategiset linjaukset ja Kuusiokuntien seutukunnallinen yhteistyö.

Kuntien toiveiden ja vuonna 2003 tässä hankkeessa tehdyn selvitystyön tulosten perusteella valittiin vuoden 2004 toiminnan kohderyhmäksi Kuusiokuntien ala-asteikäiset lapset ja heidän perheensä. Alueen kansantautien merkittävän esiintymisen ja kouluterveyskyselyn tulosten pohjalta nousi pääteemaksi liikunta liittyen oppimiseen, ravitsemukseen, hygieniaan, mielenterveyteen ja uneen.

Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön opiskelijat suunnittelivat ja toteuttivat teemojen sisällöt ja opetusmenetelmät opintoihinsa liittyen ja jalkautuivat Kuusiokuntien ala-asteille toteuttamaan ”Terveyden edistämisen” -kampanjaviikkoja yhdessä kuntien toimijoiden kanssa. Konkreettista toimintaa toteutettiin mm. koulujen oppimistuokioina ja vanhempainilloissa sekä perheliikuntatapahtumina ja yleisöluentoina. Kampanja tavoitti noin 450 ala-asteikäistä lasta.

Kunnat ovat saaneet hankkeen avulla lisää tietoa Terveys 2015-ohjelmasta sekä keinoista toteuttaa ohjelman periaatteita kuntalaisten terveyden edistämiseksi. Seudullinen, kuntakohtainen ja eri sektoreiden välinen yhteistyö terveyden edistämiseksi on tiivistynyt ja laajentunut. Ammattikorkeakoulun opiskelijat ovat oppineet Terveys 2015-ohjelman konkretisoimista, eri sektoreiden välistä yhteistyötä sekä kehittäneet opetus- ja ohjaustaitojaan. Ammattikorkeakoulu on vastannut alueellisen vaikuttavuuden haasteeseen.

Tietoa hankkeen toiminnoista on jaettu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen yhdyshenkilöille ja –työryhmälle hankkeen toimintaideoiden levittämiseksi.

TEJO-PROCESSEN I NÄRPES STAD

Hanna Esch, projektkoordinator
Närpes stad
hanna.esch@narpes.fi

I december 2003 beslöt stadsstyrelsen i Närpes att delta i TEJO-projektet för främjande av hälsa och välfärd.

Målet med projektet är att finna och stärka fungerande strukturer för ledning av välfärd och hälsofrämjande i Närpes. Detta innebär att skapa en fungerande ledningsstruktur för det administrativa ansvaret för och samordningen av främjandet av hälsa och välfärd och skapa arrangemang för sektoröverskridande samarbete. Syftet är även att stärka och utveckla förtroendevaldas kunskaper om hälsa och välfärd och visa på deras möjlighet att som beslutfattare påverka kommunens välfärdspolitik och val av välfärdsstrategi med grunden i Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Stakes är initiativtagare till projektet, som fortgår till våren 2006. Närpes är en av sex pilotkommuner i projektet.

Projektet leds i Närpes av en styrgrupp med medlemmar från förvaltning, hälsovård, socialvård, utbildning, fritidssektorn, tekniska sektorn samt yrkeshögskolorna. Dessutom har stadsfullmäktige samt länsstyrelsen en representant vardera i styrgruppen. Närpes har samarbete med Vasa Yrkeshögskola och Svenska Yrkeshögskolan. Styrgruppens ordförande är stadssekreterare Peter Andersén, projektledare är ledande skötare Anna-Greta Olsio-Tuisku.

I Närpes har projektet framskridit så att alla nämnder samt ledande tjänstemän intervjuats om deras syn på hälsa och välfärd i kommunen. Som metod har använts temasållning. Efter att ha sammanställt intervjumaterialet har styrgruppen med intervjuresultaten som grund valt ut hälsoindikatorer till välfärdsberättelsen, som skall färdigställas under våren 2005. Valet av hälsoindikatorer har varit en lång process och indikatorerna kan komma att ändras under arbetet med välfärdsberättelsen. Viktigt är att ha i åtanke vad man vill mäta och varför. Svårigheter finns med den kvalitativa mätningen, då tid- och resursbrist inte medger sammanställande av egen enkät. Statistik fås från Stakes indikatorbank Sotka-net.

I temasållningsintervjuerna har framkommit att Närpes har välfungerande hälsovård, ren och fin boendemiljö, stort utbud av fritidsaktiviteter, en mångsidig idrottsverksamhet samt många föreningar med god talkoanda.

Barns och ungdomars hälsosituation har bedömts som oroande med tanke på övervikt och tilltagande drog- och alkoholkonsumtion. Andra indikatorer som framkommit är bland annat Närpes oroväckande befolkningsstruktur med hög andel äldre. Hälsoindikatorerna delas in i följande grupper: allmänna levnadsförhållanden, barn och ungdomar, vuxen befolkning samt äldre.

Skolning för enhetsansvariga inom alla förvaltningsområden har ordnats i december 2004 av yrkeshögskolornas representanter med gott deltagarantal. På våren 2005 ordnas skolning för de nya förtroendevalda.

Genom TEJO-projektet synliggörs hälsa och hälsotänkande och blir en integrerad helhet från politikernivå till kommuninvånarnas verklighet. Verksamheten ska ske "nerifrån upp" vilket även bereder större engagemang för beslutsfattandet på lokal nivå. Hälso- och välfärdspolitik ska nå både beslutsfattare och kommuninvånare.

OULU-TEJO - HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAIKALLISET RAKENTEET JA JOHTAMINEN OULUSSA

Hilkka Yrjänäinen, yliopettaja & Margit Päätaalo, koulutussuunnittelija
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
sukunimi.etunimi@oamk.fi

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen ja rakenteet (TEJO) –hanke käynnistettiin vuonna 2002 kuntien, Stakesin, ammattikorkeakoulujen ja lääninhallitusten yhteistyöhankkeena. Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjä kartoitettiin esiselvityksellä, johon Oulun läänin alueelta osallistuivat Oulu, Raahe ja Taivalkoski. Pilottiin valittiin erikokoisia kuntia. Oulun kaupunki suurena kuntana haluttiin mukaan ja Espoo vertaiskunnaksi.

TEJO-hankkeessa Oulun kaupungin tavoitteena on olemassa olevien hyvinvointistrategioiden pohjalta kehittää yhteistyössä Stakesin ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun kanssa yli hallinnonalojen ulottuvia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamiskäytäntöjä ja toimintamalleja. Tavoitteeseen pyritään 1) Vahvistamalla ja tukemalla kunnan johtotehtävissä olevien osaamista ja uusien työvälineiden käyttöä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelussa, johtamisessa ja päätöksenteossa, 2) Rakentamalla kaupungin hyvinvointiasioiden systemaattiseen seurantaan hyvinvointibarometri sekä 3) Päivittämällä ja arvioimalla olemassa olevia hyvinvointistrategioita ottaen huomioon Terveys 2015 -tavoitteet.

Kehittämistyö pitää sisällään kaupungin hallintokunnissa eteenpäin vietävän hyvinvointistrategiatyön osana koordinoivaa palvelustrategiaa, hyvinvointibarometrin laatimisen, hallintokuntien koordinoitavuuden, osallistumisen hanketta tukevaan paikalliseen koulutukseen ja osallistumisen Stakesin hankkeelle suunnittelemiin työkokouksiin ja -seminaareihin valtakunnallisesti ja alueellisesti. Lisäksi hankkeen aikana on tarkoitus valmistella ja käynnistää mukaan lähteville Oulun seudun kunnille vastaavaa seudulliseen palvelustrategiaan kytkeytyvää prosessia. Ammattikorkeakoulun erityisvastuuna ovat koulutuksen ja arvioinnin toteutus. Ammattikorkeakoulun tarkoituksena on saatavien kokemusten perusteella käynnistää lisäksi hankkeen kuluessa paikallista hyvinvointijohtamisen koulutusta myös muille Pohjois-Suomen kunnille.

Hankkeen kokonaisarviointiin osallistuu Stakes, Oulun seudun ammattikorkeakoulu ja Oulun kaupunki. Siihen kuuluu alkukartoitus, toiminnan seuranta ja loppuarviointi. Hankkeessa tuotetaan julkaisuina artikkeleita ja opinnäytetöitä. Hankkeessa tehdään aktiivisesti yhteistyötä muiden TEJO-hankkeeseen osallistuvien kuntien, erityisesti Espoon kanssa. Lisäksi yhteistyötä tehdään kansallisten ja alueellisten hyvinvointihankkeiden ja -toimijoiden sekä Oulun seudun muiden kuntien kanssa. Yhteistyössä Oulun lääninhallituksen kanssa järjestetään laajempia Terveys 2015 -ohjelman täytäntöönpanoa tukevia seminaareja läänin alueella.

Vuoden 2004 aikana tehtiin haastattelututkimus Stakesin ja ammattikorkeakoulun yhteistyönä Oulun kaupungin johtaville viranhaltijoille ja luottamushenkilöille. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteita ja johtamiskäytäntöjä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietopohjaa ja seurantajärjestelmien kehittämistarpeita. Lisäksi järjestettiin työseminaari, johon osallistui runsaasti johtavia viranhaltijoita eri hallintokunnista. Seminaarissa kaikki hallintokunnat ilmoittivat halukkuutensa olla mukana TEJO-prosessissa. Loppuvuodesta järjestettiin vielä yhdessä Oulun lääninhallituksen kanssa Ehkäisevä työ osaksi kunnallista hyvinvointia -seminaari, jossa tiedotettiin TEJO-hankkeesta muille Oulun läänin kuntien osallistujille. Vuoden 2004 kehittämistyötä on viety eteenpäin STM:n Terveys 2015 -tavoitteiden määrärahan turvin ammattikorkeakoulun koordinoimana. Vuodelle 2005 on haettu jatkorahoitusta sekä Terveys 2015 -tavoitteiden edistämisen että Kansallisen terveyshankkeen määrärahoista siten, että hankkeen hallinnointivastuu siirtyy Oulun kaupungille Oulun seudun ammattikorkeakoulun säilyessä kiinteänä yhteistyökumppanina.

HYVINVOINTIKERTOMUS POIKKIHALLINNOLLISENA YHTEISTYÖNÄ MUURAMESSA JA KEURUULLA

- kaksi erilaista mallia

Leena Liimatainen, koulutuspäällikkö, TtT &
Katri Ryttyläinen, Tutkija-kehittäjä, TtL & Anne Ylönen (JAO), TtM &
Tapio Mäkelä, yliopettaja HtL & Kari Jaatinen (Muuramen kunta) & Riitta Vanha-
nen (Keuruun kaupunki)
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala
etunimi.sukunimi@jypoly.fi

Hyvinvointikertomus kunnassa on eri hallinnon alojen asiantuntijoiden yhdessä laatima katsaus kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilaan ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Hyvinvointikertomuksessa tuodaan esille kuntalaisten keskeiset hyvinvointitarpeet ja arvioidaan viime vuosina toteutuneen toiminnan ja käytettävissä olevien voimavarojen suhdetta tarpeisiin.

Muurame ja Keuruu ovat toisistaan poikkeavasti ratkaisseet hv -kertomuksen mallin ja rakenteen omien hyvinvointitiedon tarpeidensa pohjalta. Muuramessa ja Keuruulla hyvinvointikertomuksen valmistelutyö on edennyt tiiviisti TEJO – kuntapilotin puitteissa. TEJO on tarjonnut kertomuksen valmistelijoille pohjatietoa hyvinvointikertomuksesta kunnan strategiatyönvälineenä. TEJO – hanke on motivoinut hv -kertomuksen hyödyistä ja merkityksestä kunnalle ja konkretisoitunut sitä, mitä hyvinvoinnilla eri hallintokunnissa tarkoitetaan.

Kertomuksen valmistelutyö on ollut kuntakohtaisten TEJO - ohjausryhmien vastuulla. Ohjausryhmät koostuvat kuntien johtoryhmästä ja terveydenhuollon kuntayhtymän edustajista. Muuramessa myös kunnanvaltuusto on osallistunut hyvinvointikertomuksen laadintaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulun asiantuntijatiimi on koordinoitunut, jäsentänyt ja tukenut kehittämisprosessia kunnissa konsultaatioiden ja alueellisten koulutusten muodossa. Kertomukset ovat molemmissa kunnissa rakentuneet kunnan edustajien ja ammattikorkeakoulun edustajien välisenä prosessikirjoittamisena.

Muuramessa hv -kertomus on oma asiakirjansa, jossa tuodaan esille kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä tiiviissä muodossa kolmen viimeisen vuoden osalta. Keuruulla taas hv -kertomus on päätetty liittää osaksi kunnan talous- ja toimintasuunnitelmaa eikä siitä laadita mitään erillistä asiakirjaa. Molemmissa kunnissa kunnan hyvinvointitavoitteista on käyty yhteistä keskustelua eri foorumeissa vuoden 2004 aikana. Erityisesti Muuramessa hyvinvointikertomustyön aikana on tapahtunut poikkihallinnollista keskustelua ja toimintakulttuurin muutosta kunnan johtoryhmän ja terveydenhuollon kuntayhtymän välillä.

Sekä Muuramessa että Keuruulla hv - kertomuksen lähtökohtana on ollut elämänkaariajattelu. Kuntalaisten hyvinvoinnin sisällöiksi ja tavoitteiksi Muuramessa on linjattu: 1. turvallisuus, 2. terveys, 3. elämänhallinta, 4. yhteisöllisyys, ja 5. viihtyvyys. Keuruulla kunnan hyvinvointia koskevat painopistealueet ovat kestävä kehitys ja hyvinvointi. Hyvinvoinnin tavoitteet on erityisesti kohdistettu vuonna 2005 talous- ja toimintasuunnitelmassa lapsiperheisiin ja ikääntyneisiin.

Tavoitteena on, että hv-kertomuksen laadintatyö mahdollistaa kuntien oman näköiset ja omista tarpeista lähtevät ratkaisut. Kokemus Keuruun ja Muuramen poikkihallinnollisesta hv -kertomusyhteistyöstä on mahdollista laajentaa myös seutukunnalliseksi toimintatavaksi edistämään seutukunnallista/alueellista hyvinvointia.

HYVINVOINTIOHJELMA TOIMINTA- JA HENKILÖSTÖSTRATEGIAAN KES- TILÄSSÄ

Pirjo Erätuli, yksikön vastaava, työyhteisön kehittäjä
Kunta-alan ammattiliitto KTV ry
pirjo.eratuli@ktv.fi

Lähtötilanne ja kehittämistarve

Lääninhallitus oli vuoden 2000 alussa suositellut alueen kuntia laatimaan kuntiin hyvinvointistrategiat. Hyvinvointistrategian tavoitteeksi oli asetettu kuntalaisten hyvinvoinnin lisääntyminen. Kunnassa heräsi samalla tarve uudistaa aiemmin tehty toiminta- ja henkilöstöstrategia. Lisäksi syntyi tarve pohtia erillisen hyvinvointiohjelman tarpeellisuus, mikäli se voitaisiin yhdistää toiminta- ja henkilöstöstrategiaan.

Kuntaan haluttiin lisäksi luoda tuloksellisuuden arviointijärjestelmä vuoden 2000 kuntatyönantajien ja kuntien pääsopijajärjestöjen yhteisen tuloksellisuuden arviointijärjestelmäsuosituksen mukaisesti. Arviointijärjestelmä perustuu tasapainotettuun toiminnan arviointijärjestelmään eli Balanced Scorecardin (BSC) kunnallishallinnon sovellukseen.

Tavoitteet

1. Rakentaa kuntaan tuloksellisuuden arviointijärjestelmä Balanced Scorecardin kunnallishallinnon sovellutuksen periaatteiden mukaisesti.
2. Uudistaa kunnan toiminta- ja henkilöstöstrategia, sekä liittää siihen kunnan hyvinvointiohjelma.
3. Uudistaa ja jatkaa kunnan selviytymissopimusta vuosille 2003-2005

Menetelmät

Menetelmänä on käytetty osallistavaa toimintatutkimusta ja kehittämistapana on ollut yhteistoiminnallisuus, jossa on noudatettu demokraattisen dialogin perusteita.

Tuloksellisuuden arviointijärjestelmän laatimisprosesseissa on edellä mainitun kehittämistavan lisäksi sovellettu Balanced Scorecardin kunnallishallinnon sovellusta ja Toivasen BSC-projektimallia

Tulokset

- Kuntaan on yhteistoiminnallisessa prosessissa tuotettu ja hyväksytty kunnan visio, arvot sekä toiminta- ja henkilöstöstrategia. Strategiaan on sisällytetty hyvinvointiohjelma.
- Selviytymissopimus (uuden tyyppinen paikallinen sopimus) on uudistettu ja sen voimassaolo jatkuu vuoden 2005 loppuun asti
- Kymmenelle kunnan toiminta-alueelle (kirjasto, koulutoimi, lomitustoimi, maaseututoimi, vammais- ja vanhustyö, kotipalvelu, päivähoido, ruoka- ja siivoustoimi, tekninen sektori ja kunnan virasto) on rakennettu yhteistoiminnallisesti tasapainotetut tuloksellisuuden arviointijärjestelmät
- Sovittu kehittämiskeskustelujen periaatteet, sekä laadittu ohjeet ja kaavakkeet keskustelujen käynnistämiseksi
- Tehty ja hyväksytty kunnan hyvinvointiohjelma
- Tehty Jaksamis- ja työhyvinvointikysely, sekä laadittiin pohja asiakaskyselyille

TIETO-OHJAUS JA KEHITTÄMINEN KUNTIEN PÄIHDETYÖN TUKENA

Saini Mustalampi, kehittämisspäälikkö
Stakes
saini.mustalampi@stakes.fi

Stakesissa on laajaa päihdeasiantuntemusta kehittämistyöstä tutkimukseen, jota kuntien kannattaa hyödyntää. Keräämme myös runsaasti sellaista tilasto- ja rekisteritietoa, josta on konkreettista apua päihdetyötä suunniteltaessa ja arvioitaessa. Stakesin Ehkäisevä päihdetyö -ryhmän tehtävänä on koota, välittää, tuottaa ja soveltaa sekä Stakesin että muiden tuottamaa tietoa ja osamista erityisesti moniammatillisen kuntakentän käyttöön. Valikoitu esittely ryhmän toiminnasta:

Pääkanavana on Neuvoa-antavat -portaali (www.stakes.fi/neuvoa-antavat), jonne on koottu kunnallista, alueellista, valtakunnallista ja kansainvälistä tietoa, lainsäädäntöä, linjauksia ja suosituksia, työvälineitä, alan julkaisuja, tilastoja ja ohjeita muun muassa rahoituksen hakemiseen. Portaalissa on kolme tietokantaa: kuntien päihdestrategiat ja -ohjelmat, ehkäisevän päihdetyön hankkeet sekä päihdehoitopaikat. Jälkimmäisessä on yli 300 yksikön yksityiskohtainen kuvaus toiminastaan. Tietokantaan linkitetään laatuarviolomakkeet, joihin kannattaa tutustua päihdepalvelujen ostopäätöksiä harkitessaan. Portaalista löytyy tietoa myös palvelujen kilpailuttamisesta.

Ehkäisevä päihdetyö -ryhmän tärkeimmät kumppanit alueilla ja kunnissa ovat TATOn 2001 mukaan nimetyt ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöt (yli 90% kunnista nimennyt). Yhdyshenkilötoimintaan, heille toimitettuun materiaaliin ja työkokousten antiin voi käydä tutustumassa em. portaalissa. Kohdasta "yhteystiedot" voit tarkistaa oman kuntasi yhdyshenkilön. Stakesin kanssa kuntia tukevat lääninhallitukset, joissa on 18 ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöä. Aluetuen verkostoa ovat myös ammattikorkeakoulut (portaalissa amk-päihdeyhdysohjaajat ja koulujen päihdeopetusprofiilit) ja yhä enemmän myös sosiaalialan osaamiskeskukset.

Yhdyshenkilöverkostosta on eriytetty 22 henkilön kehittäjäverkosto. Vuoden 2004 keväällä kehittäjäverkosto työsti yhdessä Ehkäisevä päihdetyö -ryhmän kanssa "Ehkäisevän päihdetyön perusteet" -kokonaisuutta verkkopohjaisessa oppimisympäristössä (ks keskiviikon sessio E Riittääkö tieto-ohjaus ehkäisevän päihdetyön laadun takeeksi?) He osallistuvat aineistojen suunnitteluun ja valmisteluun, raporttien työstämiseen sekä tilaisuuksien suunnitteluun ja ohjelmiin. Kehittäjäverkoston jäseniä toimii yhdyshenkilöiden työkokouksissa tutor -rooleissa.

Ehkäisevää päihdetyötä kehitetään myös kenttähankkeissa. Esimerkkinä yhdessä Stakesin alkoholi- ja huumetutkimusryhmän ja Hämeenlinnan sekä Jyväskylän seutujen kanssa vuonna 2004 käynnistetty Paikallinen alkoholipolitiikka (PAKKA) -hanke. Hanke perustuu lupaaviksi osoitetuihin alkoholihaittoja ehkäiseviin yhteisöllisiin menetelmiin. Ne kohdistuvat alkoholihaittoja aiheuttaviin rakenteisiin, ennen kaikkea paikallisiin alkoholimarkkinoihin sekä poliittiseen päätöksenteko- ja palvelujärjestelmään ja alkoholipoliittiseen asenneilmapiiriin. Tavoitteena on alueen eri toimijoiden aktivoituminen ehkäisemään erityisesti alaikäisten, nuorten ja nuorten aikuisten alkoholin käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja sekä vähentää humalan haittoja yhteisössä. (www.pakka.fi)

Ylläpidämme Neuvoa-antavat -portaalin yhteydessä pääsääntöisesti kuntatoimijoille tarkoitettua keskustelufoorumia, jossa voit verkostoitua ja jakaa tietoa ja kokemuksia muiden kanssa. Käytä keskustelufoorumia työvälineenä päihdetyössä!

PAIKALLINEN ALKOHOLIPOLITIIKKA (PAKKA) HANKE

Marja Holmila, tutkimusprofessori & Katariina Warpenius, tutkija
Stakes, Alkoholi- ja huumetutkimus
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Pakka-projekti toteutetaan vuosina 2004–2008 Stakesin sekä Hämeenlinnan ja Jyväskylän seutujen välisenä yhteistyönä. Laaja tutkimus- ja kehittämisprojekti on osa valtioneuvoston periaatepäätöksen nojalla toteutettavaa Alkoholiohjelmaa.

Hankkeen tavoitteet:

1. Nuoret ja nuoret aikuiset juovat vähemmän ja juomisen aloitusikä nousee
2. Humalajuominen ja tähän liittyvät haitat vähenevät
3. Alueellisen ja seudullisen alkoholihaittojen ehkäisyn organisaatio kehittyy

Projekti kehittää paikallistasoisen alkoholipolitiikkaa yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa. Toimintaan pyritään saamaan mahdollisimman laajasti mukaan lääni- ja kuntaorganisaatio, seutukunnat, kansalaisjärjestöt, alkoholielinkeinot ja poliisi. Paikallisten toimijoiden kanssa yhteistyössä luodaan projektille toimintaohjelma vuosiksi 2004–2007. Kummallakin paikkakunnalla on hankkeeseen palkattu koordinaattorit, jotka toimivat yhteistyössä Stakesin Ehkäisevän Päihdetyön ryhmän kanssa. Kummallakin alueella toimintaa ohjaamaan nimetään alueellinen ohjausryhmä.

Projektiin kuuluu laaja ennen–jälkeen mittauksiin, vertailuasetelmaan ja prosessiseurantaan perustuva tutkimus. Tutkimuksen tehtävänä on tukea toiminnan kehittymistä, arvioida paikallisten ehkäisytoimien vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta ja tulosten pysyvyyttä ja luoda tältä pohjalta näyttöön perustuva toimintamalli. Tavoitteena on löytää käytäntöjä, joita voi jatkossa hyödyntää myös muissa osissa maata. Tutkimuksesta vastaa Stakesin Alkoholi- ja huumetutkimusryhmä.

Projektiä johtaa tutkimusprofessori Marja Holmila (marja.holmila@stakes.fi)
Koordinaattorit: Hämeenlinnan seutu: Irmeli Tamminen (irmeli.tamminen@hameenlinna.fi)
Jyväskylän seutu: Eeva-Liisa Vesterinen (eeva-liisa.vesterinen@jkl.fi)

Alueellinen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

TERVE KUNTA -VERKOSTO

Kristiina Poikajarvi, projektipäällikkö
Stakes
kristiina.poikajarvi@stakes.fi

Terve Kunta -verkosto on perustettu vuonna 1996 kuntien yhteisellä sopimuksella. Verkosto kehittää ja arvioi verkostokuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategioita ja toimintamuuotoja paikallisella tasolla sekä tuottaa ja välittää kokemuksellista tietoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuuksista, keinoista ja työtavoista kuntien ja seutukuntien välillä ja valtakunnallisesti.

Vuonna 2004 verkostoon kuului 13 kuntaa (Heinola, Helsinki, Jyväskylä, Kaarina, Kajaani, Kerava, Kuopio, Lapinlahti, Pori, Tampere, Turku, Utajärvi ja Vantaa) ja kolme seutukuntaa (Järviseu-tu, Kainuu ja Oulunkaari). Verkoston jäseniä voivat olla kunnat tai seutukunnat. Seutukuntien hakiessa verkoston jäseniksi koordinaattorina toimivan kunnan tulee täyttää verkostoon kuulu-misen kriteerit. Seutukunnan koordinaattori osallistuu verkostokokouksiin ja välittää verkostoin-formaation muille alueensa kunnille. Muiden kuntien edustajat voivat halutessaan osallistua ver-koston työkokouksiin.

Stakes ylläpitää verkoston nettisivuja, josta löytyvät mm. hakemuslomakkeet, liittymisen kritee-rit, toiminta ja verkostokunnat (<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/tkverkosto/index.html>). Kauden 2005–2008 haku aika päättyy 31.3.2005.

Verkoston tavoitteista ja toiminnasta päätetään vuosittain verkostokokouksissa. Asiat valmistel-laan verkostokokouksen valitsemassa johtoryhmässä, jossa pysyväisjäsenenä on Turku (WHO:n Healthy Cities -projektikaupunki). Turussa toimii myös Baltian alueen Collaboration Centre (www.marebalticum.org). Verkostolla ei ole jäsenmaksua. Jokainen kunta varaa omaan talousar-vioonsa käyttövaroja verkostossa toimimista varten. Stakes toimii Terve Kunta -verkoston koordinaattorina. Sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa verkoston toimintaa.

Verkosto järjestää kuntakohtaisia ja kuntien yhteisiä kokouksia ja koulutustilaisuuksia, välittää kehittämistyöhön liittyvää tietoa ja kokemuksia, kehittää työmenetelmiä ja toimintamalleja sekä ylläpitää nettisivuja.

Terve Kunta -verkoston toiminnan painoalueet vuosina 2005–2007 ovat

Yleiset:

- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategioiden ja johtamisen kehittäminen ja arviointi
- Terveyttä edistävien työmuotojen kehittäminen ja arviointi
- WHO:n Healthy Cities -kansallisten verkostojen (www.who.dk/healthy-cities) yhteistyö yhdessä Suomen kansallisten verkostojen (Suomen terveyttä edistävät sairaalat, Turvalliset kunnat) kanssa

Erityiset:

- Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano kunnissa
- Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (TVA, SVA; YVA)
- Hyvinvointikertomuksen valmistelu ja käyttöön ottaminen
- Terveyden edistämisen laatusuosituksen valmisteluun osallistuminen ja pilotointi

ITÄMEREN ALUEEN KAUPUNKIEN TERVEYSPROFIILI

Heini Parkkunen, Terve Kaupunki, koordinaattori
Turun ja Itämeren alueen Terveet Kaupungit, Kaupunginkanslia
heini.parkkunen@turku.fi

Kaupungin terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on strategista suunnittelua, toimintaa ja arviointia, joka tarkoittaa terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden nostamista sekä päätöksentekoon että toimintaan. Näin kaupungin kaikille asukkailla luodaan mahdollisuudet tehdä terveyttä edistävät valintoja helposti. Tätä ajatusta on edistetty ja konkretisoitu mm. Healthy Cities – Terveet Kaupungit toimintaohjelmalla, jota WHO:n Euroopan aluetoimisto koordinoi vuodesta 1987 lähtien. Itämeren alueen Terveet Kaupungit ry on perustettu Turkuun vuonna 1998 edistämään Terve Kaupunki toimintaa Itämeren alueella, ja se toimii WHO:n yhteistyökeskuksena (Collaborating Centre).

Euroopan verkostossa on meneillään neljäs toimintakausi (2003-2007), johon mukaan haluavien kaupunkien tulee laatia WHO:lle erillinen hakemus. Suomesta mukaan eurooppalaiseen verkostoon on Turun lisäksi hakenut Kuopion kaupunki. Meneillään olevalle toimintakaudelle on asetettu seuraavat teemat: (a) terveysvaikutusten arviointi (Health Impact Assessment) ja (b) terve kaupunkisuunnittelu (Healthy Urban Planning) sekä (c) ikääntyminen (Healthy Ageing). Lisäksi jokaisen verkostokaupungin tulee sisällyttää terveys- ja hyvinvointinäkökulma kaupungin strategiaan suunnitteluun (City Health Development Planning), johon sisältyy toiminnan seuranta- ja arviointi terveysprofiiliin (City Health Profile) avulla.

Terveysprofiilia on Itämeren alueella kehitetty jo muutamien vuosien ajan. Syksyllä 2003 kerättiin Itämeren alueen Terve kaupunki verkostoon kuuluvista kaupungeista tietoja soveltaen WHO:n indikaattorisuosituksia. Lisäksi vuonna 2003 aikana tehtiin selvitystyö teknisen ratkaisun löytämiseksi ja koordinaattoreiden tarpeiden, mahdollisuuksien ja riskien kartoittamiseksi profiiliin liittyen. Vuoden 2004 aikana Itämeren alueen Terveet Kaupungit ry laati yhteistyössä Turun Kauppakorkeakoulun tietojärjestelmätieteen yksikön kanssa Itämeren alueen kaupunkien terveysprofiilille perusrakenteen ja pilottiversion teknisestä ratkaisusta www.marebalticum.org

Itämeren kaupunkien terveysprofiili on tällä hetkellä jaettu neljään osaan: **kuvaukset** (Descriptions) paikallisesta päätöksentekojärjestelmästä ja palveluiden tuottamisesta, **kokemukset** (Experiences) kehittämistoiminnasta WHO:n teemojen toteuttamiseksi kaupungeissa, **asukas- ja asiakaslähtöisyys** (Citizen) ihmisten itsensä kuvaamana tai asiantuntijoiden havainnoimaa sekä osallisuuden edistämisen näkökulmasta ja **tilastot** (Statistics) jossa indikaattoritietojen (tilastot, kyselytutkimukset) pohjalta kuvataan kaupungin ja asukkaiden terveyttä, hyvinvointia ja sairastamistakin.

Tietoja eri osioihin kerätään vuoden 2005 aikana. Haastavan profiilin kehittämisestä tekee kansainvälinen toimintaympäristö, joka on Itämeren eri laidoilla hyvin erilainen, kuten myös kehittämisalueet tai palvelujen järjestäminen. Tavoitteena jatkossa on profiilityön avulla yhteistyössä verkostokaupunkien koordinaattoreiden kanssa laatia kaupunkien strategista suunnittelua ja päätöksentekoa tukeva järjestelmä, joka mahdollistaisi myös mm. kaupunkien välisen vertailun. Koordinaattorit toivovat käytännönläheistä – ei liian tieteellistä – tietoa, ja profiilia kehitetäänkin huomioiden eri käyttäjäryhmien tarpeet.

HYVINVOINTISUUNNITTELU OSANA MAAKUNTAYHTYMÄN SUUNNITTELU- JA KEHITTÄMISTOIMINTAA

Matti Reinikka, projektipäällikkö
Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Terve Kainuu -projekti
matti.reinikka@kainuu.fi

Laki Kainuun hallintokokeilusta (343/2003) astui voimaan 1.1.2005. Lain tarkoituksena on hankkia kokemuksia maakunnallisen itsehallinnon vahvistamisen vaikutuksista Kainuun kehittämiseen, kunnallisten palvelujen järjestämiseen, kansalaisten osallistumiseen, kunnallishallintoon, valtion aluehallinnon toimintaan sekä maakunnan ja keskushallinnon suhteeseen. Lain mukaan maakuntayhtymän tehtävänä on vastata maakunnan suunnittelusta, alueiden kehittämisestä, terveydenhuollosta, sosiaalihuollosta ja toisen asteen koulutuksesta.

Kainuun toimijat ovat valmistelleet organisaatiota ja valmisteluissa on otettu huomioon mm. yleisen hyvinvointistrategian tarvitsemat järjestelyt muodostamalla maakuntajohtoon alaisuuteen maakunnan suunnittelusta, maakuntakuntayhtymän strategisesta suunnittelusta, tietopalvelusta, maakunnan edunvalvonnasta, kansainvälisestä yhteistoiminnasta ja viestinnästä vastaavan suunnittelu- ja kehittämiskeskuksen.

Suunnittelu ja kehittämiskeskus:

- vastaa maakunnan kehittämiseen liittyvästä suunnittelusta
- toimii kuntayhtymän päätöksenteon tukena,
- tuottaa maakunnalle ja kunnille niiden strategisessa ja toimialojen toteuttamassa muussa suunnittelussa tarvitseman alueellisen hyvinvointitiedon ja muun toimintatiedon
- ohjaa kuntayhtymän strategisen suunnittelun työprosessia
- tukee toimialoja niiden suunnittelu- ja kehittämistyössä

Hyvinvointijohtamisen kannalta muutos aikaisempaan on oleellinen. Nyt koko maakuntaa koskeva suunnittelu- ja kehittämistyö on keskitetty samalle tulosalueelle. Tällä ratkaisulla varmistetaan se, että kaikessa maakunnan suunnittelu- ja strategiatyössä on terveys- ja hyvinvointinäkökulma otettu aina huomioon. Keskuksen ydintehtäviin kuuluu mm. maakuntayhtymän toimintoja ja hyvinvointisuunnittelua koskevan tiedon keruu, tiedon analysointi ja raportointi, sekä tarvittavan uuden tutkimustiedon hankkiminen ja alueellisen tutkimus- ja kehittämistoiminnan ylläpitäminen ja tutkimuksen koordinointi. Keskus palvelee siis koko maakuntayhtymää ja sen eri toimialoja kuin myös peruskuntia niiden hyvinvointityössä.

Suunnittelu ja kehittämiskeskuksen perustaminen ei sinällään ratkaise Kainuun ”hyvinvointivajetta”. Hyvinvointistrategioiden pohjalta työstettävien toimintaohjelmien toteutukseen tarvitaan operatiivista voimaa. Pelkkä esikuntatyö, valmistelu ja päätökset eivät riitä, vaan tarvitaan myös toimeenpanorakenne. Muuten sinänsä hyvät ratkaisut kaventuvat ”kuvitteelliseksi”, voidaan sanoa, että asia on hoidettu, mutta todellisuudessa vastuunkantajilla ei ole realistisia mahdollisuuksia selvittää tehtävästään. Kehittämiskeskuksen myötä ja Kainuun kehitystä tarkasteltaessa on jatkossa kiinnitettävä erityistä huomiota kansanterveystyön ja siihen sisältyvän ehkäisevän terveydenhuollon asemaan.

TERVE KUOPIO -OHJELMA

Markku Hänninen, ohjelmakoordinaattori
Kuopion kaupunki, Terve Kuopio -ohjelma
markku.hanninen@kuopio.fi

Terve Kuopio -ohjelman tavoitteena on kehittää seudusta yhteistyössä eri toimijoiden kanssa Euroopan johtava hyvinvointiosaamisen kehitysympäristö. Perusta ohjelman tavoitteelle ja toimenpiteille on pitkäjänteisessä kehittämisessä, joka on tehnyt Kuopion kaupunkiseudusta monilla aloilla johtavan hyvinvointiosaamisen keskittymän Suomessa. Ohjelma tukee seudun kehittämisstrategiaa ja eri toimijoiden strategisia tavoitteita.

Terve Kuopio -ohjelman tavoitteena on hyvinvoinnin ja elinkeinotoiminnan edistäminen. Ohjelmassa tehostetaan hyvinvointialan tutkimuksen, palveluiden ja liiketoiminnan välisten yhteyksien syntymistä. Terve Kuopio vastaa palvelutuotannon tuleviin haasteisiin sekä toteuttaa kärkihankkeisiin perustuvia keskeisiä elinkeinopoliittisia hankkeita.

Toiminta jakautuu kahteen päätavoitteeseen: kehitysympäristöjen ja niiden toimintamallien vahvistamiseen sekä liiketoimintaa ja palveluita edistäviin hankkeisiin. Kehitysympäristöjä parannetaan edistämällä toiminnallisia puitteita, sovittamalla yhteen eri toimintastrategioita ja kehittämällä verkostojen toimintaa vahvistamalla alueen sisäisiä ja ulkoisia kumppanuuksia. Kehittämishankkeiden päätavoitteena on muuttaa innovaatiot taloudelliseksi menestykseksi ja hyvinvoinniksi. Ohjelmasta hyötyvät alueen asukkaat, yritykset ja itse toimijat.

Ohjelman toimijajoukon muodostavat siinä mukana olevat organisaatiot. Tavoitteena on tukea ja hyödyntää nykyisiä toimintoja sekä saada yhteistyöllä aikaan seuraava voimakas kasvusysäys, joka toteuttaa asetettua visiota.

Toiminta-ajatuksen mukaisesti Terve Kuopio aktivoi uusia avauksia ja saattaa yhteen eri toimijoita hyödyntämällä tutkimustuloksia, kehittämällä palveluita ja vahvistamalla yritystoimintaa. Tutkimustoiminta kytkeytyy tehokkaasti yritysten ja palveluiden kehittämistarpeisiin, yritykset toimivat monipuolisessa kehitys- ja pilotointiympäristössä ja hyvinvointipalveluiden rakenteellinen kehittäminen saa uusia mahdollisuuksia. Terve Kuopio -ohjelmalle on tyypillistä hankkeiden monitoimijaisuus, rajojen ylittäminen sekä ulkoisen rahoituksen hyödyntäminen. Kukin toimija saa itselleen lisäarvoa laajasta toimijaverkostosta ja kytkeytymisestä muuhun saman aihepiirin kehittämistoimintaan. Välineinä käytettävät alaohjelmat ja projektit hyödyntävät luotuja kehitysympäristöjä, rahoitusmahdollisuuksia ja näkyvyyttä, jonka tarjoaa kuuluminen laajempaan tavoitteelliseen kokonaisuuteen. Tavoitteena on myös vahvistaa Kuopion kaupunkiseudun julkisuuskuvaa tiiviinä yhteistyön alueena.

Ohjelman päämääriä 2012 ovat:

- Kuopion kaupunkiseutu tunnetaan hyvinvointiosaamisen kehitysympäristönä, jossa kohtaavat esteettömästi ja uutta luovasti kansainvälisen tason tutkimus, liiketoiminta ja palveluiden kehittäminen.
- seudun hyvinvointiosaaminen on vahvistunut uusilla strategisilla osaamisaloilla. Osaaminen hyödynnetään tehokkaasti elinkeinoelämän kehittämisessä sekä hyvinvointipalvelujen laadukkaassa tuotannossa, jota tukevat toimivat yhteistyömallit.
- alueellinen innovaatioympäristö, yritysten tarvitsemat hyvinvointiosaamisen tuotekehitys- ja pilotointiympäristöt ovat korkeatasoiset. Alueelle suuntautuu merkittävästi tutkimus- ja kehitysrahoitusta, yritystoiminta kasvaa ja seudun palvelujentuoianto toimii luontevana kehitysympäristönä.
- toimiminen tiiviissä kansainvälisessä vuorovaikutuksessa on seudun kansallisten ja kansainvälisten verkostojen arkipäivää.

HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN OULUNKAAREN SEUTUKUNNASSA JA VAALAN KUNNASSA

Kirsti Ylitalo, erityisasiantuntija & Tiina Vuononvirta, projektityöntekijä
Oulunkaaren seutukunta
etunimi.sukunimi@oulunkaari.com

1. Seudullinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen malli

Oulunkaaren seutukunta on kuuden Oulun ympäristökunnan muodostama kuntayhtymä. Jäsenkuntia ovat Ii, Kuivaniemi, Pudasjärvi, Utajärvi, Yli-Ii ja Ylikiiminki. Vaalan kunta on seutukunnan kehittämistyössä tiiviisti mukana etenkin sosiaali- ja terveystalvelujen osalta.

Oulunkaaren alueen kunnat ja Vaala ovat hyväksyneet yhteisen seudullisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mallin, jossa määritellään hyvinvoinnin kehittämisprosessit, niiden vastuuvetäjät ja –tiimit. Prosessit ovat seuraavat:

1. Strategiatyö, mm. kunta-, hyvinvointi ja palvelustrategiat
2. Palvelujen järjestäminen: mm. erityispalvelujen seudullinen sopiminen, yhteinen kilpailutus ja sopimusmallit
3. Johtaminen, mm. johtamisen ja hallintorakenteiden kehittäminen ja yhdistäminen, yhteistyöstä, työnjaosta ja erikoistumisesta sopiminen
4. Kustannukset ja tilastointi, sis. palvelujen tuotteistaminen, kustannuslaskenta ja tilastointi
5. Tietojärjestelmät ja verkkopalvelut
6. Yhteistyön ja työnjaon toimintamallit, mm. palvelukokonaisuuksien ja hoitoketjujen kehittäminen, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon seudullinen mallintaminen
7. Osaaminen, esim. ennaltaehkäisevän toimintamallin luominen ja käyttöönotto, seudullinen koulutusstrategia ja toimeenpano
8. Työhyvinvointi: seudullinen työhyvinvointistrategia ja toimeenpano

Oulunkaaren seutukunnan hyvinvointipalvelujen yhteistä kehittämistä ja kuntien yhteistyön tiivistämistä varten seutukuntaan on perustettu seudullinen hyvinvointitiimi, johon kuuluu kunnanjohtajia, perusturvajohtajia, johtavia lääkäreitä, johtava hoitaja sekä asiantuntija-organisaatioiden edustajia. Hyvinvointitiimin tehtävänä on seudullinen hyvinvoinnin ja terveyden kehittäminen, mm. seudullisen hyvinvointistrategian ja palvelustrategian valmistelu ja seudullisten hyvinvointihankkeiden sekä –koulutuksen koordinointi.

2. Seudullinen hyvinvointistrategia

Oulunkaaren seutukunnan hyvinvointistrategia on osa seudullista hyvinvointimallia. Sillä on liittymäkohdat seutukunnan kehittämisohjelmaan sekä kuntien strategiseen ohjaukseen. Sen laatimisen lähtökohtana on ollut koota laaja-alainen, sektori- ja kuntarajat ylittävä ohjelma Oulunkaaren seutukunnassa ja Vaalan kunnassa asuvien ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi ja hyvinvointia tukevien palvelujen kehittämiseksi. Ohjelmassa nostetaan esiin seudulle tyypilliset hyvinvoinnin ominaispiirteet ja määritellään kehittämisen painopistealueet, kriittiset menestystekijät, tavoitteet ja toimenpiteet. Perustana ovat kuntalaisten hyvinvoinnin nykytila, käytettävissä olevat resurssit ja tulevaisuuden haasteet. Nykytilaa kuvataan avainindikaattoreilla, jotka on valittu Stakesin valtakunnallisen hyvinvointikertomuksen kehittämistyössä kootusta indikaattorilistasta.

Hyvinvointistrategia on rakennettu Balance Score Card –strategiamallin mukaisesti. Valmisteluprosessin kantavana ajatuksena on ollut yhteinen, laaja-alainen osallistuminen, jossa on ollut mukana kuntien virkamiehiä, henkilöstöä, luottamushenkilöitä ja kuntalaisia eri toimialueilta. Hyvinvointistrategian kokoaminen aloitettiin v. 2003 kuntien ylimmän johdon ja luottamushenkilöiden koulutustilaisuudessa ja se valmistuu päätöksentekoon alkuvuodesta 2005.

HYVOKE = HYVINVOINTIOSAAMISEN KEHITTÄMINEN ETELÄ-SAVOSSA Savonlinnan osaprojekti

Sirpa Luukkainen, lehtori & Leena Uosukainen, tutkijayliopettaja
Mikkelin ammattikorkeakoulu, Savonlinna, Terveysalan laitos
etunimi.sukunimi@mikkeliyamk.fi

Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan terveystalon laitos on käynnistänyt Hyvinvointiosaamisen kehittäminen Etelä-Savon kuntien päätöksenteossa -projektin. Projektille on myönnetty Tavoite I - ohjelman mukainen ESR - ja Itä-Suomen lääninhallituksen sivistysosaston rahoitus. Kokonaiskustannusarvio on yhteensä 233 959 euroa. Projekti toteutetaan ajalla 1.4.2004 - 30.12.2006.

HYVOKE -projektin tavoitteena on hyvinvointi-osaamisen kehittäminen Etelä-Savon kuntien johtamisessa ja päätöksenteossa. Keinoina ovat johtaville viranhaltijoille ja luottamushenkilöille järjestettävä koulutus, konsultointi ja erilaiset yhteistyömuodot hyvinvointisuunnitelman laatimiseksi. Projekti toteutetaan kolmena osaprojektina (Savonlinna, Mikkelä, Varkaus), joilla on omat tarkennetut tavoitteet.

Savonlinnan osaprojekti:

Tavoitteena on kuntakohtaisten hyvinvointi-indikaattoreiden ja analyysimallin kehittäminen sekä koulutuksen kehittäminen perus- ja erikoistumisopinnoissa.

Osaprojektissa ovat mukana Enonkosken, Juvan, Joroisten, Kerimäen, Parikkalan (Parikkala-Saari-Uukuniemi), Punkaharjun, Rantasalmen, Savonlinnan ja Savonrannan kunnat. Yhteistyökumppaneina ovat aktiivisina toimijoina myös em. kuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatiot, Itä-Savon kuntayhtymä ja Itä-Suomen osaamiskeskus.

Projektiryhmä on koottu mukana olevien kuntien ja yhteistyöorganisaatioiden edustajista. Projektiryhmäideoi, valmistelee ja suunnittelee osaprojektin konkreettisen sisällön ja etenemisen. Kuntakohtainen työskentely tapahtuu kuntien poikkihallinnollisissa työryhmissä. Uusille valtuustojen jäsenille järjestetään teemaan liittyvää koulutusta vuoden 2005 alussa työskentelyn aloittamiseksi ja hyvinvointisuunnitteluun sitouttamiseksi.

Ensimmäisenä vaiheena on ollut kunnan hyvinvointia kuvaavien indikaattoreiden valinta. Tuotoksena on indikaattoritiedon avulla kuntiin tehtävät hyvinvointikertomukset osaksi kunnan tilinpäätöstä. Hyvinvoinnin tilinpäätöstieto on viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden käytettävissä laadittaessa seuraavan vuoden kuntasuunnitelmaa ja talousarviota. Projektin edetessä kunnissa tehdään poikkihallinnollisena yhteistyönä myös hyvinvointistrategia osana kuntasuunnitelmaa. Prosessi kunnissa jatkuu seurantatiedon kokoamisella ja strategian toimeenpanona.

Kuntakohtaisen työskentelyn avulla saadaan aineistoa myös seudulliseen hyvinvoinnin kuvaamiseen ja strategiseen kehittämiseen.

Haasteena projektissa on hyvinvoinnin tilaa kuntakohtaisesti parhaiten osoittavan tiedon määrittäminen, sen ajantasainen kerääminen, ylläpito ja tuottaminen siten, että se on joustavasti kunnan päätöksentekijöiden ja johdon käytettävissä.

HYVOKE = HYVINVOINTIOSAAMISEN KEHITTÄMINEN ETELÄ-SAVOSSA

Mikkelin osaprojekti

Pirjo Pikkarainen, lehtori, HtM
Mikkelin ammattikorkeakoulu
pirjo.pikkarainen@mikkeli.fi

Mikkelin osaprojektin tavoitteena on laatia kuntakohtaiset alkoholistrategiat ja alueellinen ehkäisevä alkoholistrategia Mikkelin seutukunnalle sekä kehittää päihdetyön opettamista sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopinnoissa sekä erikoistumisopinnoissa Mikkelin ammattikorkeakoulussa. Tämä hanke, jonka työnimenä on AleAlko -projekti, on osa kansallisen Alkoholiohjelman 2004 - 2007 toimeenpanoa Etelä-Savossa. Etelä-Savo on useilla alkoholiongelmalla kuvaavilla mittareilla mitattuna (alkoholijuomien myynti, rattijuopumusrikokset, päihtymyksen takia säilöön otetut, alkoholisairauksiin kuolleet, tapaturmaisiin alkoholimyrkytyksiin kuolleet) valtakunnan synkimpiä alueita. AleAlko -projektin tavoitteena on osaltaan olla muuttamassa tätä kehityksen suuntaa systemaattisen ja laajaan kumppanuuteen perustuvan strategiatyön avulla.

Osaprojektissa ovat mukana Mikkelin kaupunki sekä Haukivuoren, Hirvensalmen, Juvan, Kangasniemen, Mäntyharjun, Pertunmaan, Puumalan ja Ristiinan kunnat. Aktiivisina kumppaneina kuntien lisäksi projektissa toimivat ISO (Itä-Suomen sosiaalialan kehittämiskeskus), Itä-Suomen huumehanke ja A-klinikkasäätiö. Alueellisen alkoholistrategian laatimisessa asiantuntijana toimii Tyynelän päihdetyön oppimis- ja kehittämiskeskuksen johtaja Seppo Sulkko. Keväällä 2005 hankkeeseen sitoutetaan alueen muita toimijoita: Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, Itä-Suomen päihdehuollon kuntayhtymä, kirkot, järjestöt ja alan yritykset.

Projektiryhmä koostuu Mikkelin ammattikorkeakoulun projektityöntekijöistä ja yhteistyökumppaneiden edustajista. Projektiryhmä yhdessä kuntakohtaisten poikkihallinnollisten työryhmien kanssa muodostaa hankkeen toiminnallisen ytimen. Kuntatyöryhmässä on edustus kunnan koosta ja resursseista riippuen sosiaali-, terveys-, opetus-, ympäristö-, kulttuuri ja vapaa-aika- sekä teknisestä toimesta. Strategiatyössä kriittinen menestystekijä on kunnan luottamushenkilöiden ja sektorijohtajien asiaan perehtyminen ja sitoutuminen. Hankkeen etenemistä seurataan kuukausittain Mikkelin seudun sosiaali- ja terveysjohtajien kokouksissa sekä hanketta varten perustetussa alueellisessa poikkihallinnollisessa päihdetyön neuvottelukunnassa.

Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa syksyllä 2004 on hankkeeseen sitoutettu projektiryhmä ja kunnan vastuuhenkilöt sekä luotu hankkeelle organisaatio. Kuntien kanssa on lisäksi analysoitu kuntien päihdetilannetta, päihdestrategiatilannetta ja kunnan resursseja päihdehuollon toteuttamiseksi. Osissa kuntia laaditaan projektin kuluessa päihdestrategia ja osassa kuntia päivitetään jo olemassa oleva strategia. Kaikissa kunnissa on tarve laaja-alaisesti eri toimijoiden kanssa pohtia päihdetyön strategisen suunnittelun keskeisiä elementtejä (arvot, visio, missio, tavoitteet, kriittiset menestystekijät) ja tarkoituksenmukaisten seurantamittareiden valintaa. Alueellinen alkoholistrategia valmistuu rintarinnan kuntakohtaisten strategioiden kanssa. Alueellisessa strategiassa esitetään niitä yleisiä toimenpiteitä, jotka tähtäävät seudulliseen rakenteiden kehittämiseen sekä ehkäisevän päihdetyön ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Kunnalliset strategiat ja alueellinen alkoholistrategia valmistuvat vuoden 2006 loppuun mennessä, jolloin alkoholistrategian linjaukset ovat osa kuntien talous- ja toimintasuunnitelmaa. Eräänä projektin tavoiteltavan tuloksena on Alkoholiohjelman 2004 - 2007 kumppanuussopimuksen solmiminen kuntien ja sosiaali- ja terveysministeriön kesken.

MIELENTERVEYSTYÖN ALUEELLINEN VERKOSTOTYÖMALLI - HANKE

Kirsti Kähärä, ylilääkäri & Piikkilä Sari, projektipäällikkö
Kauhajoen terveyskeskus
etunimi.sukunimi@kauhajoki.fi

Mielenterveystyön alueellinen verkostotyömalli on Suupohjan seutukunnan hanke, jonka kesto on 1.6.2004 – 31.12.2006. Suupohjan seutukunnassa ovat mukana Kauhajoen kaupunki sekä Isojoen, Jurvan, Karijoen ja Teuvan kunnat. Rahoituksesta puolet on saatu Kansallisesta Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta valtionapuna ja puolet osakaskunnilta asukasmäärään suhteutettuna.

Hankkeessa kehitetään alueellinen verkostohoitomalli, jonka painopisteenä on sekä mielenterveyden edistäminen että mielenterveydellisten ongelmien hoitaminen. Tavoitteena on kehittää verkostotyömalli siten, että noudatetaan hajautettua palvelujärjestelmää. Mielenterveyspalvelut tuotetaan lähellä asiakkaan kotiympäristöä aina, kun se on hoidollisesti mahdollista. Lähipalvelu-ideologialla pyritään vahvistamaan laajasti alueen ja kylien yhteisöllisyyttä ja turvata ns. sosiaalista pääomaa.

Työmenetelmänä on laaja moniammatillisuus ja työtehtävien joustava siirto eri ammattiryhmien välillä. Perusterveydenhuollon kehittämisellä on keskeinen rooli, koska perusterveydenhuollon tehtävänä on koordinoita "hoitoverkkoa" (horizontaalinen palveluverkko eli lähipalvelut, joita ovat perusterveydenhuollon lisäksi, sosiaalipalvelut, yhteistyö järjestöjen ja yhdistysten kanssa yms.). Lisäksi perusterveydenhuolto toimii yhteistyössä erikoissairaanhoidon psykiatriisiin palveluihin.

Pyritään mielenterveyskuntoutujien kohdalla kuntoutussuunnitelmaan, jonka perusterveydenhuolto, sosiaalipalvelut ja erikoissairaanhoidon tekee potilaan kanssa yhdessä.

Hankkeen vaiheistus ja aikataulu :

Vaihe 1 : on perustettu ns. yhdyshenkilöverkosto. Joka kunnassa on 1-3 yhdyshenkilöä, jotka osallistuvat hanketyöskentelyyn tuoden oman kuntansa näkökulmaa esille liittyen mielenterveysasiakkaisiin ja heidän palveluihinsa. Syksyn kuluessa on kerätty perustietoa kuntien nykyisistä mielenterveyspalveluista ja hahmoteltu siitä palvelukarttaa. Kartan on tarkoitus olla informaation lähteenä niin henkilöstölle kuin asiakkaille ja heidän omaisilleenkin. Mielenterveyspalveluiden hoitoverkko on kuvattu kunnittain ja seutukunnassa. Tavoitteena on selkeyttää palveluiden saatavuutta ja samalla parantaa hoitoon pääsyä.

Vaihe 2: Nykyisessä hoitoverkossa pyritään tunnistamaan rajapinnat ja kohdat, joissa erityisesti on ongelmakohtia ja joissa asiakas voi pudota palveluiden ulkopuolelle. Asiantuntijoina toimivat hankkeen yhdyshenkilöt ja aluekeskusohjelma "Verkosto-pilotin" sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisryhmä.

Vaihe 3: henkilöstön koulutus, tiedottaminen väestölle. Tiedottamisen keinoina sanomalehdet, yhdistystoiminta, internet-palvelut, opaslehtiset.

Vaihe 4: hankkeen loppuraportti ja arviointi. Asiakas- ja henkilöstö-palautteet.

ARJEN MIELENTERVEYSTYÖ-HANKKEEN AVULLA KUNNAT JA SEURAKUNNAT YHTEISTYÖHÖN

Marja-Liisa Läksy, yliopettaja
Diakonia-ammattikorkeakoulu
marja-liisa.laksy@diak.fi

Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikön toimeen panema Arjen mielenterveystyö-hanke on kaksivuotinen Koillismaahan ja Oulun lähialueen kuntien ja seurakuntien alueella toteutettava yhteistyöprojekti. Tavoitteena on kehittää mielenterveystyöhön soveltuva yhteistyön malli kuntien sosiaali- ja terveysalan toimijoiden ja seurakuntien diakoniatyöntekijöiden käyttöön. Hanke toteutetaan vuosina 2005-2006. Tänä aikana kehittyvän mallin toivotaan myös hankkeen loppumisen jälkeen edistävän moniammatillisen, asiantuntevan ja järkevän työotteen käytettävyyttä hankkeessa mukana olevalla alueella. Seurantatutkimuksen tulokset ovat käytettävissä vuonna 2007. Toimintamallilla toivotaan olevan siirrettävyyttä myös muualle Suomeen, varsinkin pieniin kuntiin ja seurakuntiin.

Arjen mielenterveystyö-hankkeen osatavoitteet toimintamallin kehittämiseksi kuvattuna hankkeeseen osallistuvien toimintoina.

Hankkeeseen osallistujat kuntien toimijat ja seurakuntien diakoniatyöntekijät

- harjaantuvat kommunikoimaan avoimesti yhteisen käsitteistön avulla
- päivittävät mielenterveystyön osaamistaan
- hyödyntävät työn kehittämisessään verkko-opiskelua ja verkon kautta välittyvää ohjausta ja tukea
- kehittävät moniammatillista yhteistyötä osallistumalla aktiivisesti työnohjaukseen
- ovat mukana kehittämisprosesseissa ja saavat kehittämistöiden avulla käytäntöönsä soveltuvia toimintamalleja
- kehittävät ja jalostavat arviointitutkimuksen tuloksena syntyviä malleja paikallisesti omaan työhönsä sopiviksi

Arjen mielenterveystyö-hankkeen sisältö

- täydennyskoulutus
- työnohjaus
- opiskelu ja tutorointi / mentorointi verkon avulla
- kehittämistyö
- arviointitutkimus

SEUDULLINEN OPPILASHUOLLON KEHITTÄMISHANKE

Riitta Suhonen, TtT, laatu- ja kehittämisspäälikkö & Marke Hietanen-Peltola, LT, koululääkäri & Arto Honkala, LL, ylilääkäri & Markku Puro, LL, yhtymäjohtaja.
Forssan Seudun terveydenhuollon kuntayhtymä.
etunimi.sukunimi@fstky.fi

Hanke on osa Forssan seudun lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden kehittämistä. Oppilashuolto määritellään perusopetuslain mukaisesti laajaksi, monen ammattiryhmän yhteistyössä toteutettavaksi ennaltaehkäiseväksi, tukeväksi ja korjaavaksi toiminnaksi. Hankkeen tarkoituksena on vastata kysymykseen, millainen on hyvä oppilashuollon kokonaisuus seudullisesti toteutettuna Forssan seudun viidessä kunnassa. Hankkeen tavoitteena on 1) tuottaa malli siitä, miten oppilashuolto voitaisiin järjestää seudullisena, 2) mahdollistaa koko seudun peruskoululaisten tasa-arvoinen pääsy kaikkiin oppilashuollon palveluihin, 3) arvioida seudun oppilashuoltoon liittyvää palveluvalikoimaa, 4) yhtenäistää toimintakäytäntöjä, 5) arvioida tarvittavia resursseja sekä 6) sitoa yhteen opetussuunnitelman ja oppilashuollon sisältöjä. Hanke kohdistuu peruskouluikäisiin, mutta hankkeessa selvitetään rajapintoja varhaiskasvatukseen sekä tutkimus- ja hoitoyksiköihin.

Hanke toteutetaan seutuyhteistyössä moniammatillisena toimintana, johon osallistuvat mm. sivistystoimi, terveydenhuolto, sosiaalitoimi ja terveysturvallisuus. Hanke ajoittuu ajalle 1.1.2004 – 30.6.2006 sisältäen neljä vaihetta: alkuselvityksen ja nykytilanteen kartoituksen ja tutkimisen, seudullisen oppilashuollon alustavan mallinnuksen, mallin testauksen ja arvioinnin sekä rakennettun mallin mukaisten asioiden kouluttamisen ja juurruttamisen seudulle. Oppilashuollon alkukartoitus toteutettiin perustoimijoille (N = 139, 73 %) sekä yhteistyötahoille (N = 70, 47 %) kehitettyjen kyselylomakkeiden avulla 6.4.-30.4.2004. Aineiston perusteella kehittämiskohteiksi nimettiin seuraavat osa-alueet: 1) oppilashuollon tehtävän, perustoimijoiden roolien, resursoinnin ja vastuiden arviointi ja täsmentäminen, 2) testauksen ja arvioinnin merkityksen selkiyttäminen oppilashuollossa, 3) yhteistyökumppaneiden roolien täsmentäminen, 4) tiedonkulun kehittäminen moniammatillisessa työskentelyssä sisältäen tietoturvaan liittyvät asiat, 5) psykososiaalisen oppilashuollon tilastointi, kirjaaminen, seuranta ja arviointi, 6) asiakasnäkökulman ja tarpeiden selvittäminen oppilailta ja perheiltä sekä 7) kouluterveydenhuollon sisällön uudistaminen ja työnjaon selkiyttäminen. Työryhmien selvitykset valmistuvat huhtikuussa 2005, jolloin saatu materiaali arvioidaan seudun kouluissa ja toimintamalleja otetaan kokeiluun. Seudun oppilashuollon toimijat kokoontuvat yhteisiin hanke-päiviin, joka sisältää koulutusta ja hankkeen etenemisen seuranta.

Hankkeen tuloksena on 1) oppilashuollon toimintasuunnitelma, jossa huomioidaan kuntakohtainen ja seudullinen oppilashuollon tarve; 2) oppilashuollon nykyaikainen arvioitu sisältö ja rakenne, ja jonka toteuttamiseksi yhteistyöt ja työnjaot eri toimijoiden kesken on selkiytetty ja ohjeet yhteydenotosta annettu; 3) selkeät ja perustellut resurssimuutos- ja päätöksentekotarpeet; 4) seudullisen oppilashuollon nivoutuminen Forssan seudun hyvinvointi- ja turvallisuusstrategiaan; 5) hyvinvoinnin tason nousu seudulla periaatteena 'nuoruuteen suunnattu tuki ja palvelut' näkyvät myös tulevaisuudessa hyvinvointina ja terveydenhuollon kustannussäästöinä.

ALKOHOLIN RISKIKULUTTAJIEI TUNNISTAMINEN JA NEUVONTA

Päivi Kainulainen, aluekoordinaattori & Kulmala Reijo, aluekoordinaattori & Hyvönen Senja, aluekoordinaattori
Valtakunnallinen mini-interventioprojekti /Tampereen kaupunki
paivi.kainulainen@tt.tampere.fi

Alkoholien riskikuluttajia on 10 % perusterveydenhuollon työikäisistä naispotilaista ja 20 % miespotilaista. Alkoholien kulutuksen lisääntyminen ennakoi riskikäyttäjien määrän nousevan 600 000:een. Perusterveydenhuolto kohtaa suuren osan tästä ryhmästä jo ennen vakavien alkoholihaittojen ilmaantumista. Perusterveydenhuolto on luonnollinen ympäristö varhaiselle puuttumiselle, mini-interventiolle. Tutkimusten perusteella tiedetään, että lääkärin tai hoitajan antama mini-interventio (lyhyt neuvonta), johtaa potilaiden alkoholinkäytön vähenemiseen. Mini-interventiolla voidaan auttaa ainakin joka viidettä kymmenettä alkoholien suurikuluttajaa, yhteensä 60 000-120 000 henkilöä, mikä on kansanterveydellisesti merkittävä saavutus.

Valtakunnallisen, kaikille Suomen terveyskeskuslääkäreille suunnatun kyselyn mukaan vain 10 % lääkäreistä tekee mini-interventiota säännöllisesti. Puolet Suomen terveyskeskuslääkäreistä ei tee mini-interventiota, mutta haluaisi tehdä. Mini-intervention tekemisen esteenä on pidetty mm. tiedon ja taidon sekä ajan puutetta.

Valtakunnallinen mini-interventioprojekti VAMP pyrkii ehkäisemään terveyskeskuksissa asioivien potilaiden alkoholihaittoja parantamalla perusterveydenhuollon henkilöstön osaamista tässä työssä. Hankkeen myötä alkoholien käytön kysymisen ja mini-intervention odotetaan tulevan rutiiniasiaksi, jonka perusterveydenhuollon henkilökunta osaa. Lisäksi pyritään siihen, että väestö hyväksyy asian, odottaa sitä terveydenhuollon kontakteilta ja pitää sitä oikeutenaan. Tavoitteen saavuttaminen johtaa todennäköisimmin myös väestön alkoholien kulutuksen ja terveyspalveluiden käytön vähenemiseen. Hankkeen myötä pyritään toimintaan sitouttamaan suuri osa Suomen perusterveydenhuoltoa mahdollisimman mittavan kansanterveydellisen hyödyn saavuttamiseksi.

VAMP on osa kansallista terveydenhuoltoprojektia, sitä koordinoi sosiaali- ja terveysministeriö ja hallinnoi Kotkan kaupunki. Projekti on kolmivuotinen. Mukaan on lähtenyt terveyslautakuntien päätöksillä 16 kaupunkia ja kuntaa eri puolilta Suomea, neljännes Suomen väestöpohjasta on hankkeen piirissä. Länsi-Suomen alueelta mukana ovat Tampere, Lempäälä, Turun opiskelijaterveydenhuolto. Mukana ovat myös Helsinki, Espoo, Kotka, Mikkeli ja Varkaus sekä useat Lapin läänin kunnat.

Hankkeeseen liittyvässä alkukyselyssä kartoitettiin alkoholien käytöstä kysymistä, mini-intervention kohderyhmän tunnistamista ja mini-intervention tekemistä Länsi-Suomen projektiterveyskeskuksissa. Vastaajina olivat Lempäälän, Valkeakosken ja Tampereen terveyskeskuksissa sekä Turun opiskelija-terveydenhuollossa työskentelevät hoitajat ja lääkärit. Kyselyyn vastasi yhteensä 383 hoitajaa tai lääkäreitä (vastausprosentti 75). Yli 90 prosenttia vastanneista kysyy potilaan alkoholien käyttöä jollakin tavalla. Mini-interventiota tekee säännöllisesti tai joskus n. 40 % vastanneista, mutta yhtä suuri joukko perusterveydenhuollon hoitajista ja lääkäreistä ei vielä tunne mini-interventiota. Vain noin neljännes vastanneista tunnistaa mini-intervention kohderyhmän, alkoholien suurikuluttajat.

Hankkeessa tarjotaan hoitajille ja lääkäreille koulutus ja tuki mini-intervention tekemiseen sekä tuotetaan mini-intervention tekemisessä tarvittava materiaali. Kysymisen kynnyksen madaltamiseksi ja väestön hyväksynnän saavuttamiseksi väestöä informoidaan hankkeesta sanomalehtien, www-sivujen sekä terveyskeskuksessa jaettavien tiedotteiden avulla.

SAVUTON ELÄMÄ – TUPAKOINNIN VIEROITUSHANKE POHJOIS-KARJALASSA

Juha Mustonen, sisätautien ylilääkäri & Kati Koponen, tupakastavieroitushoitaja
Pohjois-Karjalan keskussairaala
etunimi.sukunimi@pkshp.fi

Pohjois-Karjalan keskussairaalassa (P-KKS) alkoi toukokuussa 2003 Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama (TE määräraha) hanke nimeltään Savuton elämä – Tupakoinnin vieroitushanke Pohjois-Karjalassa. Tämän kolmivuotisen hankkeen tavoitteena on kehittää toimiva ja kattava tupakkariippuvaisen potilaan hoitojärjestelmä sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon. Hanke toteutetaan kouluttamalla lääkärit ja hoitajat tupakkariippuvaisen potilaan neuvontaan ja hoitoon.

Hankkeen alussa P-KKS:aan perustettiin moniammatillinen tupakkatyöryhmä, joka kehitti tupakkariippuvaisen potilaan hoitojärjestelmän. Hoitojärjestelmä sisältää kaaviot tupakkariippuvaisen potilaan neuvontaan ja vieroitushoitojen aloittamiseen. Jokaiselle erikoisalalle on laadittu erikoisalakohmainen potilasohje tupakoinnin lopettamiseen. Potilaiden tupakointitottumukset kirjataan erilliseen tietojärjestelmään jokaiselta sairaalakäynniltä. Näin voidaan arvioida hoitojärjestelmän vaikuttavuutta. Vuonna 2003 hanke pilotoitiin kolmella erikoisalalla (sisätaudit, keuhkosairaudet ja äitiyshuolto) ja vuoden 2004 aikana hanke laajennettiin kaikille somaattisille erikoisaloille siten, että yksiköittäin järjestettiin pienryhmäkoulutuksia. Vuonna 2005 hanke laajennetaan psykiatrieseen sairaalaan ja perusterveydenhuoltoon. Hankkeen vaikuttavuus on nähtävillä siten, että vuonna 2003 aktiivisella tupakkaneuvonnalla ja hoidolla tupakoivista sydänpotilaista (infarkti-, pallolaajennus- ja ohitusleikkauspotilaat) jopa 38 % oli lopettanut tupakoinnin seurantakäyntiin (3kk) mennessä ja äitiyshuollossa synnytysshetkellä tupakoivien äitien määrä väheni 14 %:sta (v. 2002) 11,7 %:n (v. 2003).

Hankkeen toimesta on järjestetty maakunnallisia koulutustilaisuuksia tupakkariippuvuudesta ja sen hoidosta. Muiden sairaaloiden ja terveyskeskusten kanssa on tehty yhteistyötä ja hoitojärjestelmään liittyvät kaaviot ovat olleet vapaasti saatavilla sairaaloiden/terveyskeskusten käyttöön. Lisäksi on kuvattu 2 tupakkavideota, jotka ovat myös vapaasti saatavissa. P-KKS:ssa on tehty potilaille tupakointitapoja kartoittava kysely vuonna 2003 (n=1527) ja vuonna 2004 (n=1618), joista ilmeni, että 76 % - 81 % potilaista kannatti savuttonta sairaalaa. P-KKS julistautuikin 1.1.2004 savuttomaksi sairaalaksi ja työnantaja kustantaa työntekijöilleen kolmen kuukauden vieroitushoidon.

Vuonna 2004 hankkeeseen liittyivät Seinäjoen (rahoitus osittain STM:stä) ja Keski-Suomen (oma rahoitus) keskussairaalat (SeKS, K-SKS). Näissä sairaaloissa otettiin tupakkariippuvaisen potilaan hoitojärjestelmä käyttöön samalla tavalla kuin P-KKS:ssa. Myös näiden sairaaloiden koulutukset etenevät hyvin. SeKS on julistautunut savuttomaksi jo marraskuussa 2002 ja työnantaja kustantaa kolmen kuukauden vieroitushoidon tupakoiville työntekijöille. K-SKS julistautui savuttomaksi 1.1.2005 ja työnantaja kustantaa tupakoiville työntekijöille puolet vieroitushoidon kustannuksista. Vuonna 2004 sekä SeKS:ssa (n=1872) että K-SKS:ssa (n=1259) toteutettiin potilaille tupakointitapoja kartoittavat kyselyt.

Edellä mainitut kolme keskussairaala tekevät tiivistä yhteistyötä tupakkariippuvaisen potilaan neuvonnan ja hoidon kehittämiseksi. Keuhkosairauksien erikoislääkäri Sinikka Krogerus K-SKS:sta aloitti näissä kolmessa keskussairaalassa vuonna 2004 monikeskustutkimuksen, joka käsittelee keuhko- ja sydänsairaiden potilaiden tupakoinnin lopettamisen onnistumista.

SUUPOHJAN SEUTUKOORDINAATTORI - HANKE

Jari Iso-Koivisto, seutukoordinaattori
Kauhajoen kaupunki
jari.iso-koivisto@suupohja.fi

Suupohjan seutukoordinaattori-hankkeen tehtävänä on jatkaa ja syventää aluekeskusohjelman Kauhajoen seudun verkostopilotin puitteissa, vuonna 2002, käynnistettyä kuntayhteistyötä seutukunnan sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämässä. Yhteistyöalueena on Suupohjan seutukunta, joka muodostuu Isojoen, Karijoen, Jurvan, Kauhajoen ja Teuvan kunnista.

Hanke toimii osana aluekeskusohjelman toteutusta Suupohjan seutukunnalla ja vastaa sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisen koordinoinnista alueella. Hankkeen ohjausryhmänä toimii seudullinen sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisyhmä, jonka jäseniä ovat kuntien perusturva-/sosiaalihoitajat sekä johtavat lääkärit. Hankkeen puitteissa kokoontuu myös perusturva-/sosiaali ja terveystalvelukuntien puheenjohtajista koostuva ryhmä.

Osana aluekeskusohjelmaa Suupohjan seutukoordinaattorihanke on läheisessä vuorovaikutuksessa erityisesti kaikkeen hyvinvointipalvelujen seudulliseen kehittämiseen, mutta myös koulutuksen ja elinkeinojen kehittämistoiimiin. Esim. hoivayrittäjyyden kehittämistimet kulkevat koko ajan julkisen sektorin kehittämisen rinnalla, samoin tietoverkoissa, koulutuksessa, rekrytoinnissa yms. voidaan hyödyntää eri toimialojen yhteistyötä.

Suupohjan seutukoordinaattori-hankkeen perustavoite on lisätä suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä seudulliseen sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Välineenä tähän käytetään seudullista sosiaali- ja terveystalvelustrategiaa, jota hankkeen toiminta-aikana (1.6.2004-31.12.2006) pyritään valmistelevaan.

Toteutus

1. **Perustiedon kokoaminen ja analysointi Suupohjan sosiaali- ja terveystalveluista osana seudullista palvelustrategiaa**
 - seudullisen palvelurakenteen nykytila ja kehitystrendit
2. **Strategiaproessin toteuttaminen**
 - eri toimijatasojen (luottamushenkilöt, johtavat viranhaltijat, esimiehet) sitouttaminen ja niiden sisällön tuottamisen koordinointi strategia-asiakirjaan
3. **Seudullisen kehittämistoiminnan koordinointi**
 - toiminnassa olevien hankkeiden yhteistyö
 - toiminnan seuranta ja raportointi seudulliselle kehittämisyhmälle
 - uusien hankkeiden sisällön ja rahoituksen ideointi ja suunnittelu sekä toiminnan käynnistys
4. **Strategiatyön pohjalta syntyvien yhteistyötarpeiden eteenpäin vieminen ja toimintamallien suunnittelu**
 - palvelutuotannon seudulliset ohjausmallit (virkamiehet, luottamushenkilöt)
 - yksittäiset palvelukokonaisuudet seutuyhteistyönä
 - yhteistyömallit yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa

Osaamisen vahvistaminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä

IVA-ENNAKKOARVIOINTI MUURAMEN KUNNAN JA JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUN YHTEISTYÖNÄ

Katri Ryttyläinen, Tutkija-kehittäjä, TtL &
Leena Liimatainen, koulutuspäällikkö, TtT
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala
etunimi.sukunimi@jypoly.fi

Kari Jaatinen, sosiaalihoitaja
Muuramen kunta
kari.jaatinen@muurame.fi

Taustaa

Muuramen kunnan ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun yhteistyö IVA-ennakkoarvioinnissa käynnistyi 2004 Muuramen kunnanhallituksen päätöksellä aloittaa kunnan terveyspalveluiden tulevaisuutta koskeva työskentely. Ennakkoarviointityötä edelsi Muuramen hallintojohtajan laatima selvitys Korpilahti – Muurame terveydenhuollon kuntayhtymän tulevaisuudesta. Ennakkoarvioinnin tavoitteena on selvittää terveyspalveluiden nykytilaa ja mallintaa palveluiden vaihtoehtoisia organisointimalleja.

Oppimiskokemuksia puolin ja toisin

IVA -ennakkoarviointimenetelmän soveltamistyö vaatii ehdottomasti kunnan päätöksentekijöiden ja virkamiesten yleisen hyväksynnän ja tehtäväksi annon. Alussa tarvitaan kaikille selkeä käsitys siitä, mitä IVA:lla tarkoitetaan. Ko. hankkeessa olemme yhdessä kunnan väen kanssa opetelleet, mitä IVA on. Ennakkoarvioinnin suotuista soveltamista edellyttää myös johdon tukea. IVA:n soveltaminen terveyspalveluiden organisoimisen vaihtoehtojen mallintamiseksi osoittautui aikaa vieväksi ja työlääksi joten arvioinnin eteneminen kannattaakin etukäteen aikatauluttaa selkeästi ja johdonmukaisesti. Kunnassa on koettu hyvänä, että IVA -prosessia ohjaavat puolueettomat ulkopuoliset henkilöt Jyväskylän ammattikorkeakoulusta.

Jyväskylän ammattikorkeakoululle yhteistyö Muuramen kunnan kanssa ennakkoarvioinnissa on tarjonnut erinomaisen mahdollisuuden toteuttaa ammattikorkeakoulujen aluekehitystehtävää ja palvelujärjestelmien kehittämistä Keski-Suomessa. Hanke lisää ja syventää tietoa hyvinvointityökalujen soveltamista kunnan hyvinvointijohtamisen suunnittelussa. Se tuottaa erityisesti arvokasta prosessi- ja kokemustietoa. IVA systematisoi kehittämistyötä ja tarjoaa sille rakenteen. Ennakkoarviointi on kuitenkin hyvin haasteellinen työkalu, joten luottamushenkilöiden ja virkamiesten siihen perehdyttämiseen ja prosessointiin tulee varata riittävästi aikaa. Tämä myös toisaalta sitouttaa tehokkaammin em. henkilöitä yhteiseen työskentelyyn. IVA:n soveltaminen tässä laajuudessaan on haasteellista pioneerityötä, jolloin mitään nopeita patenttiratkaisuja ei ole olemassa. Pitkäjänteinen ja kannustava yhteinen työskentelyprosessi synnyttää aikanaan tuloksia. Kunnan omat ratkaisut, tarpeet ja näkökohdat ovat työskentelyn perustana ja toiminta on mukautettava niihin.

SOTEOSAAJA 2000-LUVULLE PROJEKTI

Seija Mattila, Lehtori
Oulun seudun ammattikorkeakoulu SOTE-yksikkö
seija.mattila@oamk.fi

Oulun seudun ammattikorkeakoulun hallinnoiman projektin lähtökohtina olivat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tulevaisuusosaamisen ennakointiin liittyvät haasteet. Millaista osaamista tarvitaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tulevaisuudessa? Projekti käynnistyi elokuussa 2002 ja päättyi tammikuussa 2005. Tulostavoitteet ovat:

1. Kehittää sosiaali- ja terveysalan koulutus- ja kehittämistarpeita ennakoiva arviointimalli.
2. Työvoimapolitiisella koulutuksella kouluttaa työstä poissaolleita ja työllistää heidät.

Projektissa on mukana 9 organisaatioita kuudesta kunnasta Pohjois-Pohjanmaalla. Yhteisöistä valittiin avainhenkilöt, jotka toimivat tiedonantajina ennakointitutkimuksessa ja yksikköjensä koulutusprosessin suunnittelussa ja toteutuksessa

Syksyllä 2002 tehtiin alustava tutkimus tulevaisuuden osaamisesta ja koulutustarpeista projektiin osallistuvien organisaatioiden henkilökunnalle ja kuntien päättäjille.

http://www.oamk.fi/sote/templates/tk/projektit/RAPORTTI_SOTEOSAAJA.pdf

Tämän perusteella suunniteltiin koulutusprosessi. Pääsisällöiksi muotoutuivat:

1. Vanhustyön tulevaisuusosaaminen.
Tässä keskeiset teemat olivat a. kuntouttava työote vanhustyössä, johon sisältyi erilaisia aiheita kuten ravitsemukseen liittyvät osaamishaasteet, liikkuminen ja ergonomiset asiat kuntouttavan työn kannalta, lääkehoidon osaaminen, erityisesti iäkkäiden lääkehoitoon liittyvät haasteet. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyviä aiheita olivat hoito- ja palvelutyön prosessi, erilaisten lomakkeiden suunnittelua, eri toiminatäkykymittarien käyttöä apuvälineenä ja Effica-koulutusta. Virike ja luovien toimintojen opiskelua oli monenlaisesta näkökulmasta mm. musiikkiterapiaa vanhuksille.
2. Osaamisen johtaminen, jonka sisältöjä olivat johtamisopinnot ja projektityön opinnot 3 ov:n laajuisena. Tuloksena saatiin rahoitusta 8000€ "Karkkikioskit terveyskioskeiksi"-hankkeelle Raahessa.
3. Hyvinvointiteknologian osaaminen sisälsi tietotekniikan opiskelua oli 1 ov:n laajuisena ja siihen pyrittiin harjaantumaan myös WEBCT verkkoympäristössä, jolla koko projekti tutoroitiin.
4. Varhaiskasvatuksen tulevaisuusosaaminen, jonka tuloksena syntyivät varhaiskasvatussuunnitelmat.
5. Lastensuojelun tulevaisuusosaaminen, johon liittyi vuorovaikutuskoulutusta.
6. Johtamisen osaamiseen liittyviä koulutuksia oli muutama
7. Suunnitelma vaativankotihoidon toteuttamiseen oli oma projekti.

Opetusmenetelmiksi valittiin erilaisia ratkaisuja. Osastotunnit omissa yksiköissä osoittautuivat toimiviksi menetelmiksi. Etätehtävien tekeminen aktivoi oppimista ja niiden avulla päästiin jopa kehittämään yksiköiden työkäytäntöjä. Myös luentoja ja koulutuspäiviä järjestettiin ja käytettiin valtakunnan tason osaajia. Verkko-opinnoista saatiin kokemus. Myös "räätälöidystä" tarpeen mukaisesta koulutuksen suunnittelusta ja sen toteuttamisesta paikanpäällä saatiin kokemusta. Lääkehoidon koulutus oli esimerkkinä. Myös oman organisaation sisältä löytyvän osaamisen käyttäminen ja erityisesti moniammatillisen toiminnan kehittäminen työyksiköissä näytti toimivan. Käytimme eri ammattiryhmiä kouluttajina. Ennakointitutkimus valmistuu tammikuussa 2005. Projektissa on järjestetty kaksi Työvoimapolitiista koulutusta 12 ja 10 ov:n mittaisena.

KOULULAISTEN TERVEYS JA TOIMINTAKYKY -HANKE

Pekka Paalasmaa & Asta Lassila &
Ritva Aunola-Eräkorpi & Juha Kyöstiä
Helsingin ammattikorkeakoulu, Stadia
etunimi.sukunimi@stadia.fi

Raija Nummelin
Helsingin opetusvirasto
raija.nummelin@edu.hel.fi

Paula Hakala
Helsingin terveystieteiden keskus
paula.hakala@hel.fi

Tarkoitus

Hankkeen tarkoituksena on edistää koululaisten (peruskoulu ja lukio) hyvinvointia ja terveyttä sekä koulujen turvallista ja terveellistä oppimisympäristöä. Hankkeella tuotetaan tietoa kouluikäisten terveydestä, toimintakyvystä ja oppimisympäristöstä, kokeillaan ja arvioidaan koulukohtaisia interventioita sekä rakennetaan pitkäjänteistä yhteistyötä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian, Helsingin kaupungin opetusviraston ja terveystieteiden keskuksen välille. Hanke on luonteeltaan yhteistoiminnallinen. Sen kaikissa vaiheissa huolehditaan siitä, että koululaiset ovat aktiivisesti itse mukana tuottamassa ja arvioimassa heitä ja heidän elämäänsä koskevia ratkaisuja.

Tavoitteet

- Koululaisten taito arvioida ja ylläpitää omaa terveyttään ja toimintakykyään kehittyy.
- Kouluympäristö ja -yhteisö tukee koululaisten terveyttä, toimintakykyä ja yhteisöllisyyttä sekä koululaiset voivat vaikuttaa ympäristöönsä ja yhteisöön koskeviin toimenpiteisiin.
- Monialaisen asiantuntijuuden ja olemassa olevien resurssien käyttö tehostuu.

Toteutus

Hanke on käynnistetty vuonna 2002. Pedagogisten ratkaisujen kehittäminen on luonut toimivia yhteistyömuotoja Stadian koulutusohjelmien ja työelämän välille osana ammatillisia opintoja. Peruskoulun alaluokilla on paneuduttu ennaltaehkäisevään toimintaan ja yläluokilla ja lukioissa on hyödynnetty ja syvennetty Kouluterveyskyselyn tuloksia. Lukuvuonna 2003 - 2004 Kouluterveyskyselyn pohjalta opiskelijat tarkastelivat koululaisten kanssa levon ja toiminnan tasapainon merkitystä henkilökohtaisia ajankäyttöympyröitä laatimalla. Terveystottumuksista käsiteltiin erityisesti suuhygieniää, päihteiden käytön ennaltaehkäisyä ja seksuaaliterveyttä. Lisäksi opiskelijat opastivat sopivien jalkineiden hankinnassa, ohjasivat toiminnallista rentoutumista sekä selvittivät kouluympäristön turvallisuutta.

Hankkeeseen on osallistunut Helsingin ammattikorkeakoulun opiskelijoita (terveydenhoitaja, apuvälinetekniikka, fysioterapia, jalkaterapia, toimintaterapia ja suun terveydenhuolto) ja opettajia sekä Helsingissä toimivia peruskouluja ja lukioita. Lukuvuonna 2003 – 2004 hankkeeseen osallistui yli 200 terveys- ja kuntoutusalan opiskelijaa, 11 ammattialan opettajaa sekä yhdeksän peruskoulun ja kahden lukion henkilökuntaa ja lähes 1200 peruskoululaista ja lukiolaista.

Tulokset ja johtopäätökset

Hanke on tuottanut kouluille konkreettisia ratkaisuja sekä tietoa peruskoululaisten ja lukiolaisten terveydestä, toimintakyvystä ja turvallisesta ympäristöstä. Helsingin ammattikorkeakoulu opiskelijoilla on ollut mahdollisuus oppia asiakaslähtöistä projektityöskentelyä. Ammattialan opettajille hanke on mahdollistanut osallistumisen työelämän kehittämiseen ja oman asiantuntijuuden hyödyntämiseen.

HOITO- JA TOIMINTASUOSITUKSET TERVEYSKESKUSTEN KEHITTÄMIS- SESSÄ

Leila Lehtomäki, THM, tutkija &
Erja Toropainen, THM, tutkija
UKK-instituutti
etunimi.sukunimi@ukkinstituutti.fi

Seppo Miilunpalo, dosentti, ylilääkäri
Kiipulan kuntoutuslaitos
etunimi.sukunimi@kiipula.fi

Tarkoitus

UKK- instituutti käynnisti vuonna 2002 kolmivaiheisen tutkimus- ja kehittämishankkeen. Sen tarkoituksena on kehittää ja arvioida terveyskeskusten menettelytapoja käsitellä ja soveltaa valtakunnallisia toiminta- ja hoitosuosituksia paikallisiin tarpeisiin.

Tutkimuksen kartoitusvaihe (kevät 2003) toteutui kuudessa terveyskeskuksessa. Siinä selvitettiin hoito- ja toimintasuositusten hyödyntämistä terveyskeskuksissa ja niiden käyttöönoton esteitä ja edellytyksiä.

Kehittämishanke käynnistyi alkuvuodesta 2004 kolmessa kartoitusvaiheeseen osallistuneessa terveyskeskuksessa. Terveyskeskukset ovat itse valinneet hoitosuosituksen, jonka toimeenpanoa pyrkivät hankkeessa edistämään. Kehittämistoimintaan sisältyy terveyskeskuksen toimintakäytäntöjen osallistava arviointi ja moniammatillisen työryhmän toteuttama ja tutkijan tutortoiminnalla tukema kehittäminen, jonka toteutusprosessia ja tuloksia tutkija seuraa ja dokumentoi. Koska valtaosa suosituksista on suunnattu sekä lääkäreille että hoitajille, on terveyskeskuskohtaisiin työryhmiin valittu edustus keskeisistä avoterveydenhuollon työtekijäryhmistä (lääkäri, fysioterapeutti, sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja). Tutkijan tukeman kehittämisvaiheen tavoiteltu kesto on 12–16 kk.

Noin puoli vuotta kehittämisvaiheen jälkeen käynnistyy tutkimuksen arviointivaihe. Siinä arvioidaan kartoitusvaiheeseen nähden vertailukelpoisin menetelmin toimintakäytäntöjen kehittymistä ja muutosta edistäneitä ja estäneitä tekijöitä.

Tavoitteet

Tutkimus- ja kehittämishankkeen tavoitteena on selvittää, miten hoito- ja toimintasuosituksia hyödynnetään terveyskeskustoiminnan kehittämisessä ja tunnistaa niiden käyttöönottoon liittyviä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä arvioida toimintakäytäntöjen kehittämisen mahdollisuuksia terveyskeskuksissa.

Aineisto ja menetelmät

Osallistavan toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti toteutettavassa tutkimuksessa käytetään useita eri aineistonkeruumenetelmiä. Aineiston keruu perustuu tutkijan kartoitus- ja arviointivaiheissa tekemiin haastatteluihin ja keräämiin dokumentteihin sekä kehittämisvaiheen aikana tutkijan järjestelmällisesti keräämiin havaintoihin, dokumentteihin ja muistioihin. Aineisto analysoidaan laadullisin menetelmin.

Tutkimuskokonaisuus raportoidaan väitöskirjatyönä (Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto).

OTETTA OPPIMISEEN - OPPIVA TERVEYSKESKUS -HANKE

Pekka Mäntyselkä, apulaisopettaja & Marianne Turunen, opintosihteeri &
Harri Hyppölä, hankejohtaja
Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos
etunimi.sukunimi@uku.fi

Oppiva terveyskeskus (OTe) on koulutus- ja kehittämishanke, johon osallistuvat Kuopion yliopisto, Kuopion kaupunki, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymä, Pielaveden-Keiteleen kansanterveystyön kuntayhtymä, Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä ja Varkauden kaupunki. Hanketta rahoittavat EU, Itä-Suomen Lääninhallitus ja hankekunnat. Tavoitteina on (1) luoda yhteistyöverkosto yliopiston ja hankekuntien välille ja (2) hajautettu koulutusmalli, joka sisältää lääkäriopintojen perusterveydenhuollon opetuksen jatkumon perusopetuksesta perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen ja erikoislääkärikoulutukseen, (3) käynnistää, vahvistaa ja tukea perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintaa, (4) lisätä terveyskeskustyön houkuttelevuutta ja terveyskeskustyöhön sitoutumista sekä (5) tukea kestävien ja toimivien hoitoketjujen syntymistä.

Teimme vuoden 2004 alussa hankekuntien terveyskeskuslääkäreille (n=110) kyselyn, johon vastasi 73 lääkäriä. Heistä 27 % koki toimipaikkakoulutuksen määrän liian vähäiseksi, mutta 64 % piti sen laatua hyvänä. Vastaajista 14 % koki mahdollisuuden osallistua toimipaikka- ja täydennyskoulutukseen huonoksi. Mahdollisuuden ammatilliseen kehittymiseen huonoksi koki 15 %. Tutkimus- tai kehittämistyön mahdollisuuksia huonoina piti 43 %. Erityisesti toivottiin omaan työhön liittyvää ammatillista koulutusta. Suurin osa vastaajista piti tärkeänä kehittää oppimista tukevaa verkkoympäristöä. Terveyskeskuksen kehittämistoimintaa piti liian vähäisenä 39 %; laadultaan huonona sitä piti 14 %. Kehittämis- tai tutkimustyöstä oli kiinnostunut 19 %, lisäksi 51 % oli siitä mahdollisesti kiinnostunut.

Terveyskeskuksissa tarvitaan joustavampia mahdollisuuksia ammatilliseen kehittymiseen ja täydennyskoulutukseen. Terveyskeskuslääkäreillä on halua osallistua kehittämis- ja tutkimustyöhön. Hanke tukee näitä tavoitteita mm. kehittämällä verkko-opiskelumahdollisuuksia, järjestämällä koulutusta, osallistumalla paikallisten koulutusmallien luomiseen ja tukemalla kehittämis- ja tutkimustyön käynnistämistä. OTe-hanke haluaa vahvistaa oppimista ja osaamista terveyskeskuksessa.

KOULUTERVEYSKYSelyn TULOksISTA TOIMINTAAN

Minna Räsänen, erikoistutkija
Stakes
minna.rasanen@stakes.fi

Kouluterveyskyselyssä kootaan valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 14 -18 -vuotiaiden elinoloista, koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista. Kouluterveyskysely tehdään parillisina vuosina Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääneissä ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun läänissä sekä Ahvenanmaan maakunnassa. Kyselyssä on vuosittain mukana 75 000 - 85 000 nuorta.

Kouluterveyslähettiläät

Kouluterveyskyselyn kehittämisvaihe loppui v. 2003 jolloin siirryttiin Kouluterveyskyselyn jatkuvaan toteuttamiseen. Tulosten jalkauttaminen ja tulosten tehokkaan paikallisen hyväksikäytön edistäminen, esim. koulukohtaisen hyvinvointisuunnitelman tekeminen ja intervention toteuttaminen, on vuoden 2004 alusta alkaen ollut erityinen kehittämiskohde Kouluterveyskyselyssä. Vuoden 2003 lopussa tulosten hyväksikäytön lisäämiseksi perustettiin AMK-pohjainen Kouluterveyslähettiläsverkosto, johon vuoden 2004 alusta alkaen liittyi myös joitakin muita terveydenhuoltoalalla toimivia henkilöitä mm. terveydenhoitajia.

Kouluterveyslähettiläät tarjoavat Kouluterveyskyselyn pohjalta räätälöityä koulutusta sekä konsultointi- ja kehittämispalveluja kunnille, kouluille ja muille yhteisöille. Kouluterveyslähettiläs voi toimia mm. luennoitsijana, asiantuntijana vanhempainilloissa, sovitun projektityön tai oppilastyönä tehtävän intervention suunnittelijana ja ohjaajana. Kouluterveyslähettiläs tekee yhteistyöstä kirjallisen toimintasuunnitelman, jossa määritellään vastuualueet, vastuuhenkilöt, toimintatavat, työtehtävät ja seuranta.

Kouluterveyslähettiläät ammattikorkeakouluissa tarjoavat yksilöidysti Kouluterveyskyselyn (yksilö) ja Koulun hyvinvointiprofiiliin (yhteisö) tulosten tarkastelua ja laativat sen pohjalta toimintasuunnitelman yhteistyössä koulujen ja kuntien kanssa. Toimintasuunnitelmalomakkeeseen yhdistetään koulun kaikki terveyteen ja hyvinvointiin tähtäävät suunnitelmat, nimetään vastuuhenkilöt ja kirjataan toteutettavat interventiot. Terveyttä edistäviä interventioita toteutetaan koulun toimesta (AMK tukena) ja ammattikorkeakoulun opiskelijoiden toteuttamina interventioina sekä yhteistyössä sosiaali- ja terveystoimen, järjestöjen ja ko. paikkakunnalla toimivien hankkeiden kanssa. Kouluterveyslähettiläs ohjaa opiskelijoiden toimintaa sekä arvioi toteutettua hanketta ja saavutettuja tuloksia interventioiden jälkeen.

Kokemukset ja mallit koulukohtaisten tulosten edelleen hyödyntämiseksi ja nuorten terveyttä edistävien käytänteiden kehittämisessä välitetään Kouluterveyslähettiläsverkoston ja Kouluterveyskyselyn kautta, Kouluterveyspäivillä, alueellisissa seminaareissa, paikallislehdistä, Kouluterveyskyselyn nettisivuilla sekä Kouluterveyskyselyn raporteissa.

Stakes toimii Kouluterveyslähettiläsverkoston koordinoijana sekä tarjoaa Kouluterveyslähettiläsverkostolle konsultointiapua, koulutusta, markkinointia ja välittää tuotoksia edelleen käytettäväksi. Kouluterveyskysely ylläpitää Stakesin www-sivuilla Kouluterveyslähettiläiden nettisivustoja, jonne kootaan mm. nuorten hyvinvointia edistäviä toimivia käytänteitä ja Kouluterveyslähettilään työssä tarvittavaa aineistoa ja materiaalia. Sivustot ovat toistaiseksi ainoastaan Kouluterveyslähettiläiden käytössä.

Nuorten terveyttä edistävien toimivien käytänteiden kokoamisen ja kehittämisen tavoitteena on tarjota tiedollisia ja taidollisia välineitä koulu yhteisön arkeen. Kehittämistyön kautta edistetään myös alueellista yhteistoimintaa.

NETTINEUVONTAHANKE

Tanja Rantanen, projektipäällikkö
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu
tanja.rantanen@kyamk.fi

Nettineuvonta-hankkeessa rakennetaan www.nettineuvo.fi -verkkopalvelua. Nettineuvonta on kolmivuotinen hanke (2003–2005), jota koordinoi Kymenlaakson hyvinvoinnin tutkimus- ja kehittämiskeskus HYTKES. Hankkeen rahoittavat Euroopan Unionin rakennerahastot, Etelä-Suomen lääninhallitus sekä Kotkan kaupunki ja Kotkan-Haminan seudun yrityspalvelu. Hankkeen päätyttyä nettineuvontapalvelua ylläpitää ja jatkokehittää Kotkan kaupunki.

Nettineuvo-palvelua on kehittämässä laaja asiantuntijajoukko Etelä-Kymenlaakson kunnista, Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoista. Hankkeen tulokset on suunnattu hankeaikana Etelä-Kymenlaaksoon eli Haminan, Kotkan, Miehikkälän, Pyhtään ja Virolahden kuntiin. Tarkoituksena on, että vuoden 2005 jälkeen Nettineuvo laajentuu kattamaan koko Kymenlaakson.

Nettineuvontapalvelu on internetissä toimiva hyvinvointipalvelu. Nettineuvo on uusi sosiaali- ja terveydenhuollon lisäpalvelu niille, joilla on mahdollisuus asioida internetin kautta. Palvelun kautta saa tietoa ja tukea oman hyvinvoinnin edistämiseen.

Nettineuvontapalvelu on suunnattu ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Palvelun perustana on tieto-osio, joka sisältää asiakkaiden itsehoitoa tukevaa tietoa. Tämän lisäksi palvelu tarjoaa Etelä-Kymenlaakson alueella uudenlaisen mahdollisuuden olla yhteydessä oman alueen asiantuntijoihin vuorovaikutteisten palveluiden kautta.

Keskeinen osa hanketta on verkkoneuvojakoulutuksen tarjoaminen 30:lle sosiaali- ja terveyshuollon asiantuntijalle. Osa koulutukseen osallistuneista asiantuntijoista toimii vastaajina Nettineuvon anonyymissa vastauspalvelussa sekä myöhemmin palvelun ylläpitäjinä.

Palvelu on jaoteltu eri käyttäjäryhmien mukaan elämäntilanteiden pohjautuen. Palvelusta löytyy tietoa ja tukea eri elämäntilanteissa oleville ihmisille, kuten lapsiperheille ja työkäisille. Palvelua voivat hyödyntää myös asiantuntijat, jolloin heillä on käytössään palvelun suljettu osio. Tämän osion tarkoituksena on jakaa tietoutta eri ammattiryhmien välillä ja tukea verkostoitumista. Ensivaiheessa toteutetaan palvelun julkinen osio, jolloin palvelusta ei löydy asiantuntijoille suunnattua suljettua osiota.

TYLLI-HANKE: TYÖHYVINVOINTI LUOTSAA LIKKUMAAN

Antti Haapalahti, projektipäällikkö & Olli Pajula, projektisuunnittelija
OAMK
etunimi.sukunimi@oamk.fi

Taustaa TYLLI-hankkeelle

Työhyvinvoinnin osatekijät ja työssä sekä opiskelussa jaksaminen ja sitä edistävät toimet ovat jo kauan olleet tutkimuksen ja tuotekehittelyn kohteena. Jaksamiseen suoraan vaikuttavan hyvän fyysisen kunnon merkitys on tiedostettu voimakkaasti. Työhyvinvoinnin kehitystä ja fyysisen aktiivisuuden määrän ja laadun seurantaa ei käytännössä ole kuitenkaan tehty systemaattisesti eikä tuloksia ole välitetty tarpeeksi tutkimukseen osallistuneiden käyttöön. Työkykyinen ja motivoitunut henkilöstö nähdään jo monissa menestyneissä yrityksissä yhtä tärkeäksi voimavaraksi kuin koneet ja prosessit. Henkilöstön avulla luodaan viime kädessä yrityksen tai organisaation kyvykkyys, asiakastyytyväisyys ja kannattavuus.

Projektin toimijat

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Oulun kaupungin liikuntatoimi ja alan yrittäjät yhdistivät palvelu- ja teknologiaosaamisensa. Tuloksena syntyi Työhyvinvointi luotsaa liikkumaan -projekti (TYLLI -projekti). Projekti toimii aikavälillä 15.9.2002 – 14.6.2005. Projektin hallinnoijana on OAMK:n Koulutus- ja kehittämispalvelut, muina toimijoina ovat Oulun kaupunki, Virpiniemen liikuntaopisto sekä yritysosapuolina ProWellness Onlife Oy ja Newtest Oy. Hankkeelle on myönnetty EU:n ESR -rahoitus tavoiteohjelmasta 2, toimenpidekokonaisuudesta 1.3. (Yrittäjyyden edistäminen ja henkilöstön kehittäminen) Pohjois-Pohjanmaan TE-keskuksen kautta. Budjetin loppusumma on 508,662 €. Projektin rahoitukseen osallistuvat myös Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Oulun kaupunki, Newtest Oy ja ProWellness Onlife Oy.

Projektin tavoite ja vaikutukset

TYLLI -projektissa testataan työhyvinvoinnin kehittämis- ja seurantamallin soveltuvuutta aidoissa käyttötilanteissa erityisesti PK-yrityksissä. Malli perustuu internet-pohjaisten ohjelmistotyökalujen ja henkilökohtaisen mittalaitteen käyttöön. Hankkeen kohderyhmänä ovat oululaisten yritysten ja yhteisöjen työntekijät, yhteensä noin 500 henkilöä. Kohdehenkilöiden rekrytointi on meneillään. Projektissa kootaan tietokannat työhyvinvoinnista sekä ryhmän suorittamasta arki- ja kuntoliikunnasta. Projektin tuloksena saadaan tietoa mallin vaikutuksesta henkilöstön työhyvinvointiin. Tavoitteena on, että mukana olevien yritysten ja työntekijöiden hyvinvointi paranee. Lisäksi tavoitteena on viedä eteenpäin liikuntaharrastusten tutkimusta sekä löytää yksilöityjä malleja aktiivisen elämäntavan omaksumiseen ja sopivan liikuntamuodon löytämiseen.

Lisätietoja: <http://www.oamk.fi/koukepa>

YHTEISKUNTA TARVITSEE SEKSUAALITERVEYDEN OSAAJIA

Asiantuntijaksi kasvamisen koulutuspolku Jyväskylän ammattikorkeakoulussa, seksuaaliterveyden osaamiskeskuksessa

Valkama Sirpa, yliopettaja & Sironen Maija, kouluttaja, psykoterapeutti,
kliininen seksologi (NACS) & Koikkalainen Sari, kouluttaja, seksuaaliterapeutti
(NACS)
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@jypoly.fi

Seksuaaliterveyden edistämisen haasteita yhteiskunnassa ovat mm:

Aikuisväestö tarvitsee neuvontaa raskauden ehkäisystä, HIV –infektio tartunnan ja muiden sukupuoliteitse tarttuvien ehkäisystä, seksuaalisesta haluttomuudesta tai halun lisäämisestä, erektiohäiriöistä, yhdyntä- ja orgasmiongelmistä, seksuaalisuhteen hoitamisesta kiireen ja stressin keskellä, ikääntyvien seksuaalisen hyvinvoinnin edistämisestä, sukupuolielämän rikastuttamisesta, tunteiden ilmaisusta parisuhteessa, lapsen seksuaalisuuden kehityksestä, lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksesta. (Nurmi, 1993).

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuuden kaksi polkua:

Seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijuus rakentuu ennalta ehkäisevästä ja kliinisestä osaamisesta. Preventiivisen työn seksuaaliterveyden edistämisen kohteena ovat mm kehon eheyden rakentuminen, erotiikan luova ja vastuullinen ilmaisu, rakkauden ja läheisyyden ilmaisun kehittäminen, parisuhteen seksuaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja seksuaalioikeuksien esteiden poistaminen yhteiskunnassa. Kliinisen lääketieteellisen tai terapeuttisen asiantuntijuuden sisältöinä ovat mm seksuaalisten toimintahäiriöiden hoito, ongelmat seksuaali- tai sukupuoli-identiteettikysymyksissä, seksuaaliseen väkivaltaan ja pakonomaiseen seksuaaliseen käyttäytymiseen liittyvät ongelmat, lääkitysten ja erilaisten kliinisten hoitojen fyysiset ja mielenterveydelliset jälkitilat.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu järjestää seksologisen asiantuntijuuden täydennyskoulutusta NACS:in (Nordic Association for Clinical Sexology) kolmiportaisen mallin mukaisesti.

- Seksologia I -opinnot suoritettuaan ammattihenkilöllä on kykyä arvioida omia asenteitaan ja toteuttaa seksuaalineuvontaa.
- Seksologia II -opinnot suoritettuaan ammattihenkilöllä on valmiudet toimia erityistason seksuaaliterapeuttina tai seksuaaliterveyden edistäjänä perustuen koulutustaustaan ja kouluttautumisvaihtoehtoon.
- Seksologia III -opinnot suoritettuaan ammattihenkilöllä on valmiudet toimia erityisasiantuntijoina seksologian kysymyksissä työyhteisöjen kouluttajina, konsultaation antajina ja työnohjaajina.

Henkilöt, jotka ovat suorittaneet 40 opintoviikkoa NACS:in vaatimusten mukaisia opintoja, voivat hakea auktorisoitua nimikettä Sexological Counsellor. Suoritettuaan terapeuttisia opintoja 80 opintoviikkoa henkilö voi hakea auktorisoitua nimikettä Specialist in Clinical Sexology. Nimeä haetaan Suomen Seksologiselta Seuralta.

SEKSUAALITERVEYDEN VIRTUAALIOPINNOT

Seija Mattila, lehtori
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
seija.mattila@oamk.fi

Ammattikorkeakoulujen, VirtuaaliAMK:n, Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin yhteistyönä on lähdetty toteuttamaan seksuaaliterveyttä edistävää 10 ov:n opetuskokonaisuutta. Seksuaaliterveys on osa kokonaisterveyttä ja sen edistäminen yksi tulevaisuusosaamisen alue ammattihenkilökunnan ammatillisessa osaamisessa. Seksuaaliterveyden uhat niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin on tiedostettu yhteiskunnan monilla sektoreilla. Tutkimusten ja erilaisten selvitysten mukaan seksuaaliterveyden opetus on hajanaista ja sattumanvaraista eri ammatillisissa oppilaitoksissa ja lääketieteen opetuksessa. Kuitenkin selkeästi voidaan osoittaa suuria osaamisen haasteita useilla yhteiskunnan aloilla toimivilla ammattilaisilla juuri seksuaaliterveyteen liittyvissä kysymyksissä. Yhteiskunnan nopea teknologinen kehitys toisaalta vahvistaa kansalaisten mahdollisuuksia oppia ja laajentaa tietämystään seksuaaliterveyteen liittyen ja toisaalta virtuaalisuus ja internet tuovat myös haasteita seksuaaliterveyden edistämisen tarpeeseen. Opetusministeriö on asettanut tavoitteita oppilaitoksille tieto- ja viestintätekniisten valmiuksien lisäämiseksi opetuksessa ja oppimisessa. Tähän perustuen seksuaaliterveyden edistämisen hankkeessa toteutetaan myös oppilaitoksille asetettuja tieto- ja viestintätekniikkaan kohdistuvien valmiuksien saavuttamisen tavoitteita.

Kohderyhmän muodostavat erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon eriaisteiset opiskelijat, ja myöhemmin jotkut väestöryhmät esim. maahanmuuttajat, jotka tarvitsevat tietojensa päivittämistä tai muuten haluavat perehtyä asiasisältöön. Verkko-opetukseen soveltuva opintokokonaisuus tuotetaan Internetiin, jossa se on kaikkien mukaan tulleiden 19 ammattikorkeakoulun opiskelijoiden perus-, erikoistumis- ja jatko-opintojen koulutuksessa, sekä tarpeen vaatiessa myös lääketieteellisten tiedekuntien, opettajakoulutuksen ja poliisien käytössä.

Hankkeen aikatauluun kuuluu suunnitteluvaihe 24.4. – 31.12.2003. Tässä vaiheessa valmistellaan 10 ov:n opintokokonaisuuden pääteemat ja niiden käsikirjoitukset. Sisällön tuotannon toteutusvaihe ajoittuu 1.1.2004 – 31.3. 2005. Tässä vaiheessa työstetään materiaalit ja valmistetaan opintokokonaisuus verkkoympäristöön ja pilotointivaiheessa 1.4. – 31.12.2005 on tarkoitus testata opintojen toimivuus ja viimeistellä ja korjata kokonaisuus. Tuote on valmis otettavaksi käyttöön vuoden 2006 alusta.

Opintokokonaisuus jakautuu neljään pääteemaan: 1. Seksuaalisuuden historia, kulttuuri ja käsitteistö (2ov) 2. Elämän mittainen seksuaalisuus (3ov) 3. Seksuaalisuuden kohtaaminen asiakastyössä (4ov) Seksuaalinen väkivalta ja kaupallisuus (1 ov) Teemat toteutetaan niin, että kaikilla ammattikorkeakoulujen opiskelijoilla on mahdollisuus valita 2 ov:n mittaiset myös Opas seksuaaliterveyden opettamisesta ja erilaisia aineistoja ja tieto-osioita, joita seksuaaliterveyden perusteiden opinnot näistä teemoista.

Hankkeessa tuotetaan voidaan käyttää seksuaaliterveyden lähiopetuksen tukena. Hankkeen tavoitteena on ammatillisen osaamisen vahvistuminen, toimintakulttuurin muutos sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa ja käytännöissä. Erityisesti asiakkaiden ja kansalaisten seksuaaliterveyden kohoaminen useilla eri seksuaaliterveyden sektoreilla.

Projektin rahoittaja on Sosiaali- ja terveysministeriö ja hankkeeseen sitoutuneet ammattikorkeakoulut. Hankkeesta vastaa VirtuaaliAMK –kehittämisyksikkö ja koordinaattorioppilaitoksena on Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Koordinaattorina toimii Seija Mattila.

Tietoa ja menetelmiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen

VAIHTOEHTOJEN TARKASTELU PÄÄTÖKSENTEON APUNA

Tapani Kauppinen & Kirsi Nelimarkka
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Päätöksenteossa tarkastellaan yleensä vain yhtä ratkaisua ja sen vaikutuksia. Moniarvoisessa suunnittelussa tämä ei kuitenkaan ole riittävää. Vaihtoehtojen käsittely tuo avoimuutta suunnitteluun ja päätöksentekoon. Vaihtoehtoja tarkastelemalla saadaan ristiriitaiset tavoitteet, näkökannat ja ratkaisutavat yhteiseen keskusteluun.

Terve Kunta –verkoston kunnissa vaihtoehtojen tarkastelun apuna käytettiin ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointia (IVA). IVA on ennakkoarvioinnin muoto, joka sisältää sosiaalisten vaikutusten arvioinnin (SVA) ja terveysvaikutusten arvioinnin (TVA). Ennakkoarvioinnin soveltajia olivat Keravan Turun, Jyväskylän, ja Kajaanin kaupungit, sekä Itä-Hämeen ja Oulunkaaren (&Vaala) seudut. Vaihtoehtotyöskentely koettiin yleensä arvioinnin antoisimmaksi ja mielenkiintoisimmaksi vaiheeksi. Kuntien sovellukset tarkemmin internetissä: www.stakes.fi/sva/osallistusote.htm#Vapaaehtoinensova.

Vaihtoehdot auttavat myös *erilaisten näkemysten käsittelyssä*. Terve Kunta -verkostossa vaihtoehtojen muodostamisen alkuvaiheessa erilaisia malleja tehtiin sen mukaan, millaisia toiveita tai uhkakuvia osallistujilla oli. Prosessin edetessä vaihtoehtojen määrä saattoi vähentyä tai mallit muuttuivat toisiksi sen mukaan koettiin malli edelleen ajankohtaiseksi tai tarpeelliseksi. Mallityöskentely toimi kuitenkin mukana olleille ihmisille ratkaistavan asian jäsentäjänä ja työn edetessä itse ehdotetusta vaihtoehtoista voitiin luopua yhteisymmärryksessä.

Nollavaihtoehto, jossa oletetaan nykyisen kehityksen jatkuvan, oli mukana vaihtoehtotarkastelussa lähes aina. Nykytilan jatkaminen saatettiin nähdä yhtä usein uhkana kuin mahdollisuutenakin. Taustalla saattoi olla osallistujien vahvana kokemus ymmärrys siitä, ettei nykyisillä toimintamalleilla voida jatkaa, samalla kun kaikki kunnalliset toimijat eivät näe tarvetta muutokseen. Kun muutostavastarinta toiminnan muuttamiseen tuntui suurelle, nollavaihtoehto toimi "näin ei voida jatkaa" -ajatuksen tukena ja muutoksen perusteluna. Koska pelkästään uuden ratkaisumallin tarkastelu ei pysty osoittamaan miksi nykyisenkaltaista toimintaa ei voida jatkaa, nousi nollavaihtoehdon kuvaus tärkeäksi.

Päättäjien osallistuminen mallien rakentamiseen oli tärkeää malliin sitoutumisen ja vaikuttavuuden kannalta. Oulunkaareissa pidettiin tärkeänä sitä, että luottamushenkilöt osallistuivat mallin rakentamiseen. Vaihtoehtojen käytöllä saatiin tarkasteluun mukaan erilaiset näkemykset tulevaisuudesta sekä keskenään ristiriitaiset ratkaisut.

Vaihtoehtojen muodostamisen jälkeen kunnissa arvioitiin niiden vaikutuksia. Vaikutusten tarkastelulla pyrittiin löytämään paras mahdollinen ratkaisu. Se auttoi myös haitallisten vaikutusten tunnistamisessa ja lieventämiskeinojen etsimisessä.

Lähteet ja lisätietoa: Kauppinen, Tapani & Nelimarkka, Kirsi (2004) Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi Terve Kunta -verkoston kunnissa. Stakesin Aiheita 18/2004.

KOULUTERVEYSKYSelyn TOTEUTTAMINEN VUONNA 2004

Pauliina Luopa, tutkija & Minna Räsänen, erikoistutkija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Kouluterveyskyselyssä on vuodesta 1996 lähtien koottu valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 14–18-vuotiaiden elinoloista, koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista. Kysely tehdään samoissa kunnissa kahden vuoden välein niin, että parillisina vuosina osallistuvat Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänien kunnat ja parittomina Länsi-Suomen ja Oulun läänien sekä Ahvenanmaan kunnat. Monissa kunnissa on voitu seurata kuuden vuoden aikana tapahtunutta kehitystä.

Perustulokset on raportoitu kouluittain niille kunnille, jotka ovat osallistuneet kyselyn kustannuksiin. Valtakunnallisia tuloksia on esitetty [www-sivuilla](http://www.sivulla) (www.stakes.fi/kouluterveys) sekä elokuussa järjestetyillä Kouluterveyspäivillä ja alueellisissa työkokouksissa sekä Kouluterveyslehdessä. Kouluterveyslehti on vuodesta 2004 alkaen ilmestynyt vain nettilehtenä.

Vuoden 2004 kysely tehtiin Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin läänien kunnissa. Kyselyyn vastasi 56 328 peruskoulun 8. tai 9. luokkien oppilasta ja 28 894 lukion 1. tai 2. vuosikurssin opiskelijaa 145 kunnassa. Näistä kunnista noin 90 on tilannut omat tuloksensa. Kuntaraporteissa on kiinnitetty erityistä huomiota Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteisiin ja niiden mitaamiseen. Lisäksi kyselystä on tehty erillisraportteja. Kouluterveyskyselyn raportoinnissa käytettyistä 39 indikaattorista 11 indikaattorin tiedot on ollut vuoden 2005 alusta saatavissa kunnittain SOTKANet-indikaattoripankissa (www.sotkanet.fi).

Kouluterveyskyselyn toteuttamista nettikyselynä kokeiltiin vuoden 2004 kyselyn yhteydessä ja kokeilua jatketaan muutamien koulujen kanssa keväällä 2005.

Vuoden 2004 tuloksista erityisinä huolenaiheina nostettiin esiin epäterveellisten välipalojen syömisen yleisyys kouluaikana, hampaiden harjauksen laiminlyöminen, humalajuomisen lisääntyminen ja myöhään valvominen arki-iltais.

Kouluterveyskyselyn tulosten hyödyntämisen tehostamiseksi perustettiin vuoden 2004 aikana Kouluterveyslähettiläsverkosto, jonka rungon muodostavat ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan opettajat. Verkoston toiminta käynnistyi Kouluterveyskyselystä toimintaan -kehittämishankkeena.

TERVEYDENHUOLLON MENOT IKÄ- JA SUKUPUOLIRYHMITTÄIN VUONNA 2002

Timo Hujanen, tutkija & Hennamari Mikkola, erikoistutkija & Markku Pekurinen,
kehittämispäällikkö & Unto Häkkinen, tutkimusprofessori &
Eija Teitto, atk-suunnittelija
Terveystaloustieteen keskus CHESS, Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Vuonna 2002 terveydenhuollon menot olivat 10,2 mrd. euroa ja vanhustenhuollon menot arviolta 1,6 mrd. euroa. Tässä raportissa arvioidaan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen jakautumista ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Analyysi kattaa noin 93 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista.

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenot jaetaan tässä raportissa ensimmäistä kertaa yksivuotisikäryhmiin erikseen miehille ja naisille. Menot raportoidaan asukasta kohti ja kokonaismenoina noudattaen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrittelyssä sovellettavaa ikäjaotusta. Ikäryhmittelyn lisäksi palveluryhmät määritellään aikaisempaa hienojakoisemmin. Analyysissa käytetty aineisto on yksityiskohtaisempaa ja luotettavampaa kuin aikaisemmin.

Terveydenhuollon kokonaismenoja koskevat tilastot ja aineistot ovat merkittävästi parantuneet 1990-luvulla. Menotietojen ajantasaisuudessa ja yksityiskohtaisuudessa on kuitenkin edelleen runsaasti kehittämisen tarvetta. Somaattisesta erikoissairaanhoidosta ja sairausvakuutuksen korvaamista menosta saadaan jo nyt yksityiskohtaista tietoa koko maan tasolla. Vanhustenhuollon ja erityisesti terveyskeskusten avohoitoa koskevien valtakunnallisten tietojen yksityiskohtaisuudessa ja luotettavuudessa on kehitettävää.

Raportin tiedot antavat mahdollisuuden arvioida terveydenhuollon ja vanhustenhuollon voimavarojen käyttöä ja menojen kohdentumista eri väestöryhmien hoitamiseen entistä paremmin. Yhdistämällä ikä- ja sukupuoliryhmittäistä tietoa esimerkiksi väestön sairastavuudesta, voidaan aikaisempaa tarkemmin arvioida eri sairauksien liittyviä kokonaismenoja. Raportin tietoja voidaan hyödyntää laajasti terveydenhuollon ja vanhustenhuollon suunnittelussa ja päätöksenteossa sekä tutkimus- ja kehittämishankkeissa.

Lähde:

Timo Hujanen, Hennamari Mikkola, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen, Eija Teitto:
Terveydenhuollon menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002. Stakes, Aiheita 24/2004.
Helsinki 2004.

Julkaisu on saatavissa verkosta osoitteesta: www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita24-2004.pdf

TEHOA EHKÄISEVÄÄN MIELENTERVEYSTYÖHÖN -HANKE (2004)

Maila Upanne, kehittäispäällikkö, vastuhenkilö &
Tuula Immonen, projektikoordinaattori, yhteyshenkilö
Stakes/Palvelut/Mielenterveysryhmä
tuula.immonen@stakes.fi

Hankkeessa kehitetään menetelmää seudullisen / paikallisen mielenterveystyön kehittämis- ja arviointityön tukemiseen. Työ seudullisten (viisi hanketta) ja paikallisten (kaksi hanketta) hankkeiden kanssa käynnistyi vuonna 2004 Tehoa mielenterveystyöhön –verkoston puitteissa. Hanke jatkuu ja laajenee vuonna 2005; kaikkiaan hankkeen on suunniteltu kestävän vuoden 2007 loppuun. Toiminnassa painotetaan etenkin edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyötä.

Stakesin tehtävänä hankkeessa on 1) toteutuksen organisointi, 2) kehittämistyön tukeminen ja metodinen konsultointi, 3) tukiaineistojen tuottaminen ja 4) keskinäisen yhteistyön koordinointi.

Hankkeen toiminta perustuu kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmään. Menetelmän kantava ajatus on kehittämistyön toteuttaminen yhteistoiminnallisena tavoitteellisena prosessina. Käsitteen voi avata seuraavasti: *kehittävä* viittaa tekemisen tapaan eli työskennellään tavoitteellisesti tarkoituksena kehittäminen; *asiantuntija* viittaa kaikilla osallistuvilla olevaan asiantuntijuuteen ja *yhteistyö* on yhdessä toimimista siten, että kaikkien asiantuntijuus tulee osaksi työprosessia.

Hanke on toteutettu työkokousten ja hankkeille annettujen kirjallisten palautteiden keinoin sekä kokoamalla hankkeiden käyttöön työssä hyödynnettävää materiaalia. Toiminnassa on ollut kyse verkoston hankkeiden konkreettisen työskentelyn edesauttamisesta. Työstettävänä ovat olleet mm. hankesuunnittelun, tavoitteellisuuden, arvioinnin sekä hanketyössä usein vastaan tulevat sitoutumiseen liittyvät kysymykset. Dialogisuuteen perustuva työkokoustyöskentely on avannut monipuolisesti näkökulmia mielenterveystyön erityiskysymyksiin. Kirjalliset palautteet ovat olleet osa dialogia ja jatkaneet työkokousten hankekäsittelyä.

Hankkeessa toteutettua työskentelyä osallistujat ovat palautteessaan kuvanneet onnistuneeksi. Tärkeäksi on koettu se, että hanke on tarjonnut ”vertaistukea ja keskustelumahdollisuuden”, uusia näkökulmia on auennut hyödyttämään omaa hanketta. Hankkeen vetäjät saavat kiitosta kuuntelevasta, ehdottavasta ja ammattitaitoisesta työotteesta.

Erilaisten asiantuntijuuksien dialogi on kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmän perustaa, samoin luottamus toimijoiden kyvykkyyteen tuottaa ratkaisuja kehittämistyössä. Hankkeen pyrkimys omien ratkaisujen tuottamisen mahdollistamiseen on palautteen mukaan toiminut auttamalla ”ajatuksia eteenpäin niin, että ratkaisut on viime kädessä löytänyt toimija itse”. Tätä työskentelymenetelmää kehitetään edelleen vuonna 2005 käynnistyvän jatkohankkeen tarjoamassa hanketuessa.

KRIISITYÖ JA ITSEMURHIEN EHKÄISY KUNNISSA

Tuula Hynninen, Tutkija, PsL & Maila Upanne, kehittämisspäälikkö
Stakes, Palvelut/Mielenterveysryhmä
tuula.hynninen@stakes.fi

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes on yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa toteuttanut hankkeen, jossa on selvitetty ehkäisevän mielenterveystyön, kriisityön ja itsemurhien ehkäisyn toteutumista Suomessa.

Hanke koski koko maata ja sen tavoitteena oli ehkäisevän mielenterveystyön nykytilan arviointi. Hankkeeseen sisältyi myös vuosina 1987 -1996 toteutetun valtakunnallisen Itsemurhien ehkäisyprojektin jatkoseuranta. Hanke koski työaluetta, joka on ollut suurten muutosten kohteena 1990-luvulla ja jonka nykytilasta ei ole valtakunnallista tietoa lainkaan. Hanke luo siten välttämätöntä pohjaa mielenterveystyön ehkäisevien käytäntöjen kehittämiselle kunnissa.

Hankkeen tiedonkeruu toteutettiin kahden laajan kyselyn avulla. Kyselyiden vastausprosentit olivat lähes poikkeuksellisen korkeat (79 ja 85), varsinkin, kun kyselyt lähetettiin hallinnolliselle taholle, peruspalvelu-, sosiaali- ja terveystalokunnille. Vastausten perusteella muotoutuvaa kuvaa ehkäisevän työn, kriisityön ja itsemurhien ehkäisyn tilanteesta maassa voidaan pitää edustavana ja riittävän laajasti maan olosuhteita kuvaavana.

Tulosten perusteella kunnat toteuttavat ehkäisevää mielenterveystyötä kattavasti: 95 % kunnista ilmoitti, että työtä tehdään käytännössä, eniten sosiaali- ja terveystoimessa, mutta myös monen muun sektorin toimintana. Ehkäisevää työtä tehdään useimmiten normaalin virkatyön puitteissa, harvoin erillisin varoin kustannettuna toimintana.

Pulmallista on, että ehkäisevältä työltä puuttuvat lähes koko maassa sitä kannattelevat ja koordinoivat hallinnolliset rakenteet. Tällöin toiminta on helposti satunnaista ja ehkä kapea-alaista. Muiksi ehkäisevää työtä vaikeuttaviksi asioiksi nimetään resurssipula, korjaavaa työtä suosivat priorisoinnit kunnissa, työtä koskevien suunnitelmien puute sekä yhteistyön ja toiminnan koordinoimisen puutteellisuus eri toimijoiden kesken. Erään vastaajan sanoin: "Mielenterveystyön ja ehkäisevän työn kenttä on eri toimialojen pirstoutunut kokonaisuus. Yhtenäisen, toisiaan täydentävän palvelukokonaisuuden muodostaminen ei ole helppoa."

Itsemurhien ehkäisyä ilmoittaa toteuttavansa yli puolet kunnista. Kun ehkäisevä mielenterveystyö kohdistuu useimmin lapsiin ja lapsiperheisiin, niin itsemurhien ehkäisy painottuu nuoriin. Itsemurhien ehkäisytoimien pysyvyys näyttää hyvältä niissä kunnissa, joissa käynnistettiin hankkeita itsemurhien ehkäisyprojektiin liittyen sen aikana. Sen sijaan itsemurhien ehkäisytoimien levinneisyys kuntatasolla valtakunnallisen projektin seurauksena ei näytä kokonaisuudessaan kovin laajalta: vain joka kymmenenteen kuntaan näyttää jääneen jäljelle jotain projektin aikaisista toiminnoista varsinaisten hankkeiden valossa tarkasteltuna.

Akuutti kriisityö on organisoitu maassa kattavasti. 92 %:lla kunnista on oma kriisiryhmä tai palvelut ostetaan. Työ on pääosin virallista, hallinnollisesti vahvistettua toimintaa, josta vastaavat koulutetut sosiaali- ja terveystoimen ammattilaiset yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Työstä saatu palaute on hyvin myönteistä, samoin kuntien arviot työn tuloksellisuudesta. Kriisiryhmien tavoitettavuutta tulee kuitenkin kehittää ja välittömän henkisen ensiavun saatavuutta lisätä. Se edellyttää nykyistä laajempaa virka-ajan ulkopuolista varallaoloa, jonka varmistamiseksi kuntien yhteistyötä kriisityön järjestämisessä tulee tehostaa.

Hankkeen raportti ilmestyy alkuvuodesta 2005.

KANSALLINEN ITSE-HANKE APUVÄLINEOSAAMISTA JA -PALVELUJA KEHITTÄMÄSSÄ

Anna-Liisa Salminen, kehittämispäällikkö &
Pirjo-Liisa Kotiranta, erikoissuunnittelija
Stakes
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjasi sille osoitetusta valtioneuvoston ns. tulevaisuuspaketin määrärahoista 2,2 miljoonaa euroa Vanhusten ja vammaisten itsenäisen suoriutumisen edistäminen - ITSE-hankkeelle (2001 – 2004). Hankkeen tarkoituksena oli edistää vanhusten ja vammaisten henkilöiden itsenäistä suoriutumista. Tavoitteena oli parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön sekä palvelujen käyttäjien ja heidän omaistensa tietoja ja osaamista teknologian ja tietotekniikan hyvistä ratkaisuista mm. itsenäisen asumisen ja kommunikaation helpottamiseksi. Lisäksi hankkeessa pyrittiin vauhdittamaan alueellisten toimintamallien ja verkostojen syntymistä.

ITSE-hankkeen pääpaino asetettiin alueellisiin hankkeisiin. Eri puolilla Suomea 18 hanketta pyrki kohti yhteisiä ITSE-hankkeen tavoitteita alueelliset tarpeet huomioiden kukin omalla tavallaan. Tavoitteiden lisäksi yhteistä hankkeille oli, että ne toteutettiin yli kunta- ja sektorirajojen. ITSE-hankkeen kansallisesta koordinoinnista, seurannasta ja arvioinnista vastasi Stakes.

Tavoitteisiin pyrittiin tiedottamalla ITSE-hankkeesta, sen sisältöasioista ja tuloksista sadassa lehtiartikkelissa ja muussa julkaisussa. Hankkeen aikana järjestettiin yksi kansallinen ja kymmenen alueellista apuvälineäyttelyä. 80 alueellista tai kunnallista toimijaverkostoa syntyi erityisesti uusien apuvälinealan toimintamallien ympärille sekä koulutusten yhteyteen. Monitoimijaisiin verkostoihin kuului opetus-, sosiaali- ja terveystoimen, kolmannen sektorin sekä apuvälineyritysten toimijoita. Hankkeessa kehitettiin kymmenen uutta toimintamallia aihealueeseen liittyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseksi, saatiin aikaiseksi yksi pysyvä apuvälineäyttelykoti, kokeiltiin seitsemää uutta teknistä sovellusta itsenäisen asumisen helpottamiseksi sekä valmistettiin 15 opasta apuvälinepalvelujen tueksi. Hankkeen aikana järjestettiin 659 koulutustapahtumaa, joissa oli 12 321 osanottajaa.

ITSE-hankkeen tuloksena sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tiedot ja osaaminen teknologian ja tietotekniikan ratkaisuista itsenäisen suoriutumisen tukena ovat hankkeen yhteydessä tehdyn kyselytutkimuksen perusteella merkittävästi parantuneet. Alueilla on kiinnostuttu tarjoamaan entistä parempia apuvälinepalveluja ja siihen liittyvää koulutusta. Lisäksi alueilla on syntynyt uudenlaisia teknisiä sovelluksia sekä toimintamalleja ja verkostoja, jotka tarjoavat entistä osaavampaa apuvälinepalvelua. Suurella osalla ITSE-hankkeessa käynnistetyistä toiminnoista on myös jatkuvuutta. Osa hankkeen aikana kehitetyistä verkostoista jää elämään. Lähes kaikki kehitellyistä uusista toimintamalleista ja -käytännöistä jää pysyväksi toiminnaksi. Teknisiä, hankkeen aikana valmiiksi saatuja sovelluksia jatketaan soveltamalla samantyyppisiä ratkaisuja uusille henkilöille. Hankkeissa saatiin aikaan useita koulutusjärjestelmiä, joista tuli osa ammattikorkeakoulujen pysyvää toimintaa.

ITSE-hankkeessa saatujen kokemusten perusteella tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön teknisten erityisesti tietoteknisten taitojen kehittämiseen sekä perusapuvälineosaamiseen. Myös apuvälinealan asiantuntijoiden erityisosaamisen jatkuvaa kehittämistä sekä apuvälineiden teknistä soveltamista on tuettava korkeatasoisten palvelujen varmistamiseksi.

Hankkeita lasten ja nuorten sekä vanhusten terveyden edistämiseen ja kotitapaturmien ehkäisyyn

LASTEN RAVITSEMUSKASVATUS - SALAPOLIISI SAPERE JA KOEKEITTIÖ

Leena Ruhanen, suunnittelija
Jyväskylän kaupunki, lasten päivähoitopalvelut
leena.ruhanen@jkl.fi

Jyväskylän kaupungissa on kaksivuotinen päivähoidon ravitsemuskasvatusthanke Salapoliisi Sapere ja KoeKeittiö. Se on STM:n rahoittama. Sitä toteutetaan kolmessa päivähoitoyksikössä, joihin kuuluu neljä päiväkotia, perhepäivähoitajia ja perhepuisto, näissä on yhteensä 250 lasta perheineen ja 50 päivähoidon työntekijää. Perhepuistossa käy 40 perhettä viikottain. Avainasemassa on tiivis yhteistyö perheiden kanssa ja kasvatuskumppanuuden kehittäminen.

Hankkeen päämääränä on tukea lapsen tervettä kasvua ja kehitystä sekä koko perheen hyvinvointia monipuolistamalla lasten ruokailutottumuksia. Tavoitteena on luoda lapsille myönteinen ja luonnollinen suhtautuminen ruokaan sekä päivähoitossa että kotona. Hankkeen aikana kootaan myös tietoa ja tuotetaan materiaalia lasten ravitsemuskasvatuksen uudenlaisten toimintamallien tueksi ja niiden tunnetuksi tekemiseksi.

Lasten ruokailuun liittyy nykyisin monenlaisia pulmia esim. lisääntyvät syömisongelmat, allergiat, yksipuoliset ruokailutottumukset ja lasten ylipaino. Lasten ruokailutottumusten kehittämiseksi käynnistettiin hanke yhdessä Meidän Jyväskylä-kasvatusyhteistyön kanssa. Päivähoitossa kaivattiin uudenlaisia toimintatapoja ruokailuongelmien ratkaisemiseksi. Pelkkä tiedon jakaminen ei yksistään riitä ravitsemuskasvatuksen uudistamiseksi.

Salapoliisi Sapere ja KoeKeittiö-hankkeessa kehitetään ravitsemuskasvatusmenetelmiä 1–7-v. lapsille käyttäen pohjana ranskalaisen Jaques Puisais`in kehittämää Sapere-menetelmää ja sen ruotsalaisia sovelluksia. Menetelmän taustalla on humanistis-kokemuksellinen oppimiskäsitys ja siinä painotetaan aisteihin ja kokemukseen perustuvaa tutkivaa oppimista. Lapsi nähdään omaa oppimistaan ohjaavana aktiivisena yksilönä, joka rakentaa itse omaa ajatteluaan ja tietorakenteitaan omien ja vertaisryhmän kokemusten kautta. Hyvä oppimisympäristö ohjaa lapsen uteliaisuutta, rohkaisee häntä tutkimaan ja kokeilemaan. Menetelmä kehittää myös lapsen kielellistä ilmaisutaitoa. Tällaiseen oppimiskäsitykseen pohjaavaa varhaiskasvatuksen ravitsemuskasvatuspäädagogiikkaa, -kirjallisuutta ja -materiaalia on ollut saatavilla vähän.

Sapere-menetelmä on käytännönläheinen. Keskeisiä toimintatapoja ovat erilaiset aistiharjoitukset kuten maistelu, haistelu, katselu, kuuntelu ja tunnustelu sekä ruoanvalmistukseen ja kattamiseen osallistuminen ja retket ruoan alkulähteille (maatilat, kauppa, sieni- ja marjaretket). Lasten luontainen uteliaisuus auttaa tutustumaan erilaisiin ruokiin ja ruokakulttuureihin. Lapsia rohkaistaan osallistumaan ja ilmaisemaan mielipiteensä; makuasioista ei kiistellä mutta niistä keskustellaan. Hanketta toteutetaan yksiköissä luovasti yhteisten päämäärien ja yksikkökohtaisten toimintasuunnitelmien pohjalta.

Päiväkodeista saadun palautteen perusteella Sapere-menetelmä on innostanut lapsia, vanhempia ja henkilökuntaa. Se on sopinut hyvin päivähoidon toimintakulttuuriin. Perheiden kanssa tehtävään yhteistyöhön on saatu uusia toimintatapoja. Arviointia varten kerätään palautetta lapsilta, vanhemmilta ja henkilöstöltä. Toimintaa taltioidaan kuvin, videodokumenteina ja toimintapäiväkirjojen avulla. Aineisto jää päivähoidon ravitsemuskasvatuksen työvälineeksi.

Lisätietoa: <http://www.peda.net/veraja/jyvaskyla/paivahoito/kehitys/sapere>

KOULUTERVEYDENHOITAJA AVAINASEMASSA RYHTIÄ TUTKITTAESSA

Maria Hietaharju, fysioterapeutti & Soile Entonen, kouluterveysdenhoitaja
Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
etunimi.sukunimi@seamk.fi

Lapsuusiän terveydellä on keskeinen merkitys ihmisen myöhemmälle hyvinvoinnille. Kouluterveysdenhuollon tärkeisiin tehtäviin kuuluu turvata jokaiselle lapselle terve kasvu ja kehitys. Kouluterveysdenhuollon tulee olla ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa ja kouluterveysdenhoitaja on avainasemassa toteuttamassa tätä tehtävää. Kouluterveysdenhoitajalla tulee olla hyvät tiedot lasten ja nuorten kehityksestä, terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.

Lapsella kouluikä on nopeaa kasvun ja kehityksen aikaa. Perusasteen vuosiluokilla 1 - 6 lapsen kasvupyrähdykset saattavat olla nopeita vaikuttaen lapsen luustoon, rankaan ja mahdollisesti sitä kautta perusryhtiin. Kasvua ja kehitystä on seurattava säännöllisesti, jotta nähdään, onko kyseessä normaalin rajoihin mahtuva vai siitä poikkeava kasvu ja kehitys.

Opinnäytetyömme liittyy ”Terveys 2015 - Kuusiokuntien”-hankkeeseen, jonka kohderyhmäksi kunnat ovat valinneet vuodelle 2004 lapset ja nuoret. Toteutimme opinnäytetyönämme ryhtikoulutuspäivän Kuusiokuntien perusasteen vuosiluokkien 1 - 6 kouluterveysdenhoitajille. Ryhtikoulutuspäivää varten lähetimme kahdeksalle kouluterveysdenhoitajalle laatimamme kyselylomakkeen. Kyselylomakkeen vastauksista saadut tiedot toimivat pohjana suunnitellessamme ryhtikoulutuspäivän sisältöä. Käsittelimme ryhtikoulutuspäivässä lapsen fyysistä kasvua ja kehitystä, perusryhtiä ja ryhdin tutkimista sekä ryhdin poikkeavuuksia kineettisessä ketjussa. Ryhdin tutkimista käsiteltäessä korostimme kineettisen ketjun merkitystä ja kokonaisvaltaista havainnointia lapsen ryhtiä tutkittaessa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tukea koulutuspaketin ja koulutuspäivän avulla kouluterveysdenhoitajia lapsen ryhdin tarkastelussa. Tavoitteena oli laatia ohjeita kouluterveysdenhoitajille lapsen ryhdin tarkastelusta, koota koulutuskokonaisuus ja toteuttaa ryhtikoulutuspäivä.

Saamamme kirjallisen palautteen pohjalta voimme todeta, että ryhtikoulutuspäivä oli hyödyllinen sekä meille että kouluterveysdenhoitajille. Mielestämme tämän tyyppistä yhteistyötä tulisi tulevaisuudessa kehittää ja lisätä.

VANHEMMUUDEN VOIMA

Leena Merilehto, kouluttaja
Elämäntapaliitto
leena.merilehto@elamantapaliitto.fi

Elämäntapaliiton Vanhempaintoimintaa on kehitetty voimakkaasti viime vuosina. Vanhempainilta-toiminta on laajentunut yläasteita ja murrosikäisten vanhempia koskevasta alueesta alakouluihin ja nyt myös päiväkoteihin. Sisältöjen uudistamisen kanssa käsikädessä uudistettiin iltojen toimintatapa. Ei kateederilta yleisölle, vaan osallistaen paikalle tulleet itse tuottamaan ratkaisut käsillä oleviin pulmiin ja toisaalta auttaa vanhempia tunnistamaan tarvittavat voimavarat itsessään ja lähiympäristössään. Vanhemmilta oli tullut toive: Haluamme tutustua toisiimme ja keskustella yhdessä lapsista ja kasvatuksesta. Elämäntapaliiton kouluttaja ei tule vanhempainiltaan asiantuntijana, vaan hän on keskustelun mahdollistaja. Illoissa käydään vilkkaasti myös arvokeskustelua.

YLIOPISTO-OPISKELIJOIDEN HYVINVOINTIHANKE KEHRÄ

Kristina Kunttu, yhteisöterveyden ylläkäri & Paula Saikkonen, projektipäällikkö
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö
etunimi.sukunimi@yths.fi

Opintojen pitkittyminen, opiskelijoiden ajankäytön ongelmat, kiireinen suorituspainotteinen elämänmeno, opiskelijoiden fyysinen ja psyykkinen oirehdinta, vuorovaikutuksen ja sosiaalisen tuen puute opiskeluissa olivat niitä ongelmia, jotka olivat lähtökohtina kun Kehrä-hanketta käynnisteltiin 2000-luvun alussa.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön rahoitus opiskelijoiden terveyteen sekä hyvinvointiin vaikuttavalle hankkeelle saatiin kolmeksi vuodeksi. Kehran toimijoita valtakunnallisesti ovat olleet Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS), Suomen ylioppilaskuntien liitto, Opiskelijoiden liikuntaliitto ja Suomen yliopistojen rehtorien neuvosto. Käytännössä toiminta on kanavoitunut paikallisesti, missä keskeisessä roolissa ovat olleet yliopistot, ylioppilaskunnat ja YTHS:n terveydenhoitoasemat.

Kehran tavoitteena on tukea tekijöitä, jotka edistävät yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointia suomalaisessa opiskelukulttuurissa. Käytännössä tämä on tapahtunut vahvistamalla opiskeluyhteisöjä, edistämällä tukea antavaa oppimisilmapiiriä, parantamalla fyysisiä opiskeluolosuhteita sekä vahvistamalla päihteettömiä vaihtoehtoja opiskelijayhteisöjen toiminnassa. Yksilötasolla hankkeessa on pyritty lisäämään opiskelijan elämänhallinnan taitoja sekä terveyden edistämisessä että oppimisessa ja opiskeluongelmien ratkaisemisessa. Näihin tähtääviä erillisiä paikallishankkeita on toteutunut toistasataa, esim. koulutusta, toimintamalleja ja materiaalin tuottamista. Näitä esitellään Kehran kotisivulla www.yths.fi/kehra.

Kehran aikana opiskelijan hyvinvointiin keskeisesti vaikuttavat tahot on koottu verkostoiksi, jotka jatkavat toimintaansa varsinaisen hankevaiheen jälkeen. Sekä valtakunnalliset että paikalliset hyvinvointiverkostot ovatkin vakiintuneet. Monet paikalliset Kehrä-ryhmät, joissa ovat edustettuina ylioppilaskunnat, yliopistot ja YTHS ovat muuttuneet rehtorien nimeämiksi yliopistovetoisiksi hyvinvointityöryhmiksi. Hyvinvointityöryhmien tavoitteena on löytää ja ottaa käyttöön konkreettisia tapoja hyvinvoinnin edistämiseksi.

EHKÄISEVÄ KOTIKÄYNTI – TUKI VANHUKSEN KOTONA SELVIYTYMISELLE

Hannele Häkkinen, erityisasiantuntija & Tupu Holma, erityisasiantuntija
Suomen Kuntaliitto
hannele.hakkinen@kuntaliitto.fi

Kunnat kehittivät Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön hankkeessa (2001-2003) ehkäisevistä kotikäynneistä uutta palvelumuotoa vanhuksille. Mukana oli kymmenen kuntaa: Hamina, Helsinki, Jaala, Lieksa, Nurmijärvi, Rautavaara, Sipoo, Vehkalahti, Virolahti ja Virrat. Nykyisin Suomessa tarjoaa arviolta 100 kuntaa ehkäiseviä kotikäyntejä vanhuksilleen.

Ehkäisevät kotikäynnit toteutettiin yhteisesti sovitun toimintamallin mukaisesti ja käyttäen yhteisiä työvälineitä, joista keskeisin oli vanhusten haastattelulomake.

Sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaiset (N=69) tekivät ehkäisevän kotikäynnin 789 vanhuksen luo, jotka eivät olleet kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä. Kotikäynnilä arvioitiin vanhuksen kotona selviytymistä ja ennakoitiin mahdollista tulevaa palvelujen tarvetta. Samalla vanhus sai tietoja kunnassa tarjolla olevista palveluista ja tukimuodoista. Vanhusten ikä vaihteli Helsingin ja Lieksan 75 vuotta täyttävistä Virolahden 97-vuotiaaseen.

Suurin osa vanhuksista oli hyväkuntoisia ja tyytyväisiä elämäänsä. Noin puolet haastatelluista asui yksin. Vanhukset selviytyivät arkipäivässään omien voimavarojensa sekä hyvän omais- ja naapuriverkoston turvin. Valtaosa selviytyi itsenäisesti kaupassakäynnistä, pankkiasioiden hoitamisesta sekä kevyistä kotitöistä. Vaikeuksia tuottivat liikkuminen ulkona varsinkin talvella ja liukkaalla kelillä samoin kuin selviytyminen raskaista kodin askareista kuten siivouksesta, ikkunoiden pesusta ja asunnon lämmittämisestä. Yli puolet haastatelluista harrasti päivittäin ja noin viidennes viikoittain kävelyä, pyöräilyä tai muuta hyötyliikuntaa.

Vanhukset olivat yleensä tyytyväisiä asuinympäristöönsä ja kokivat olonsa turvallisiksi. Turvattomuutta ilmeni lähinnä kaupungissa. Vanhukset haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja sinnittelivät vanhanajan sisulla jopa uskomattomiin suorituksiin.

Palvelutarpeita löytyi kotikäynneillä vain vähän. Vanhus esimerkiksi ohjattiin käymään lääkärissä, ottamaan yhteyttä kotipalveluun ja apuvälinearvointiin. Kodin turvallisuuteen ja esteettömyyteen kiinnitettiin huomiota keskustelemalla tapaturmavaaroista ja jakamalla asiaan liittyvää kirjallista tietoa.

Vanhusten mielestä kotikäynti lisäsi turvallisuudentunnetta ja luottamusta kunnan toimintaan. Haastatellut olivat lähes poikkeuksetta iloisia yhteydenotosta ja huomioimisesta. Myös saatua tietoa kunnassa tarjolla olevista palveluista pidettiin tarpeellisena. Vanhukset arvostivat sitä, että he tietävät nyt, kehen voi apua tarvitessaan ottaa yhteyttä.

Vanhusten toiveet kunnalle liittyivät pääasiassa siivous- ja asumispalveluihin, terveydenhuollon palveluihin, liikennejärjestelyihin ja liikuntapalveluihin. Julkisen liikenteen säilymisestä oltiin huolissaan. Kävelyteitä, katuvaloja ja jalkakäytävien kunnossapitoa toivottiin. Ohjattu liikunta lähellä kotia oli myös monen vanhuksen toive.

Ehkäisevien kotikäyntien onnistunut toteutus edellyttää, että toiminta on kytketty osaksi kunnan ehkäisevää vanhustyötä, väestö on palvelusta tietoinen, toiminta on riittävästi resursoitu, huolellisesti suunniteltu ja valmisteltu, työntekijät on koulutettu sekä seuranta ja arviointi on säännöllistä.

IKÄIHMISTEN KUNTOUTUSNEUVOLAN KEHITTÄMINEN

Anne Talvenheimo-Pesu, projektisuunnittelija
Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry
anne.talvenheimo-pesu@kuntoutukseney.fi

Kuntoutuksen edistämisyhdistyksen Ikäihmisten kuntoutusneuvolatoiminnan kehittäminen - projekti käynnistyi vuonna 2000 Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Toimintaa on toteutettu Helsingissä, Kajaanissa, Mikkeliissä, Pieksämäen seudulla (Haukivuori, Kangasniemi, Pieksämäen kaupunki, Pieksänmaa) ja Torniossa. Projekti päättyy vuonna 2004.

Projektissa on kehitetty ehkäisevää ja kuntoutumista edistävää kuntoutusneuvolan toimintamallia iäkkäille henkilöille ja ikääntyville vammaisille. Tavoitteina on ollut torjua ennen aikaista toimintakyvyn alenemista ja siitä aiheutuvaa riippuvuutta; kartoittaa kotona asumisen edellytyksiä ja kuntoutuspalveluiden tarvetta; tukea kotona selviytymistä ja osallistumista aktiiviseen toimintaan; tukea läheisiä ja omaishoitajia; edistää ammattihenkilöstön jaksamista työssä; kehittää voimavaralähtöisen kuntoutuksen sisältöä sekä kuntoutumista edistävää toimintaa. Kuntoutusneuvolatoimintaa ovat ohjanneet asiakkaiden arvot ja tarpeet sekä kokonaisvaltainen ja voimavarakeskeinen näkemys. Kuntoutusneuvoloissa on korostunut palvelun myönteinen imago ja matala kynnys.

Kuntoutusneuvolassa asiakkaan elämäntilanne ja kevyempien palveluiden tarve voidaan arvioida jo varhaisessa vaiheessa ja vähentää siten pitkäaikaisen palvelutarpeen lisääntymistä tai ainakin siirtää sitä myöhäisempään vaiheeseen. Kuntoutusneuvolan toimintaa kohdennetaan myös erityisryhmiin kuuluville ja sosiaalisten kontaktien ulkopuolelle jääville ikäihmisille, joiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen on tiedostettu sosiaali- ja terveydenhuollon haaste.

Ehkäisevänä toimintana ja varhaisena interventiona ikäihmisten kuntoutusneuvola sijoittuu kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiassa, organisaatiossa ja palveluketjussa peruspalveluihin avosektorille ennen raskaampia palvelumuotoja. Kuntoutusneuvolan eri osa-alueita voidaan sijoittaa kunnan tarpeiden mukaan koko kunnan ja/tai eri maantieteellisille alueille tai kohderyhmille. Haja-asutusalueilla kuntoutusneuvolatoiminnan onnistuminen ja palvelun kohdentaminen sitä eniten tarvitseville saattaa edellyttää toiminnan viemistä lähemmäksi asiakasta (kotikäyntitoiminta, kuntoutusneuvolabussi). Projektin kokemusten perusteella toimintaa voidaan menestyksellisesti toteuttaa myös useampien kuntien välisenä yhteistyönä (seutukunnat).

HISSI ON HALVEMPI

Marja Kurenniemi, arkkitehti, erikoissuunnittelija
Stakes
marja.kurenniemi@stakes.fi

Suomessa oli vuonna 1997 tehdyn selvityksen mukaan 3-kerroksissa ja sitä korkeammissa kerrostaloissa hissittömiä porrashuoneita 50 000 kpl. Tilanne ei ole oleellisesti tästä muuttunut, sillä hissejä vanhoihin kerrostaloihin rakennettu tämän jälkeen noin sata kappaletta vuodessa. Mikäli puolet porrashuoneista pyritään varustamaan hissillä seuraavan kymmenen vuoden aikana, merkitsee tämä 2500 hissien rakentamista vuodessa. Tavoitteesta ollaan siis vielä kaukana. Vanhusten kotona asumisen kannalta hissi on kuitenkin erittäin tärkeä.

Valtion asuntorahasto myöntää avustusta hissien rakentamiseen 50 % ja monet kunnat myöntävät 10 % suuruisen lisäavustuksen. Asukkaiden maksettavaksi jää tällöin vain 40 % hissien hankintahinnasta. Jakamalla hankinta- ja käyttökustannukset käyttäjien kesken, huomataan, että hissi maksaa asuntoa kohti vähän päälle 20 euroa kuussa. Yhden hissimatkan hinnaksi tulee kymmenten senttien!

Laskelma kertoo eri osapuolten kustannukset kun laina-aika on 25 vuotta ja korko 3,5 %. Kannattaa vertailla, mitä muuta hissien hinnalla voisi saada. Asuntoa kohti saisi vajaan maitoliträn päivässä tai yhdensuuntaisen raitiovaunumatkan joka toinen päivä. Kunta taas voisi kustantaa yhden kotipalvelukäynnin kerran kuussa.

Hissin hinta	100 000	euroa
Asuntoyhtiö 40 %	40 000	euroa
lainakustannus	2 400	euroa/vuosi
käyttökustannus	700	euroa/vuosi
Yhteensä	3 100	euroa/vuosi
Asuntoa kohti		
12 asuntoa/porrashuone	23	euroa/kk
Asuntorahasto		
hissiavustus 50 %	50 000	euroa
lainakustannus	3 000	euroa/vuosi
Kunta		
lisäavustus 10%	10 000	euroa
lainakustannus	600	euroa/vuosi
	50	euroa/kk

Ruotsissa on kaksivartiseen portaaseen kehitetty ns. kaitahissi. Sen sisäleveys on 80 cm ja pituus noin 2 metriä. Tällaisia hissejä onkin rakennettu tuhansia. Portaan leveydeksi jää tällöin 70 cm, mitä pidetään Ruotsissa riittävänä, Suomessa tätä taas pidetään paloturvallisuuden kannalta liian kapeana. Ruotsissa paloviranomaisilla on menetelmät toimia kavennetussa portaikossa. Voisimmekohan hakea oppia Ruotsista?

LISÄTIETOA: Hissi on halvempi, Ideakortti 2/05. Stakes.

KOTITAPATURMIEN EHKÄISYKAMPANJA

Ihmisellä on vain yksi henki

Mirka Koskinen, suunnittelija

Kansanterveyslaitos, Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn yksikkö

mirka.koskinen@ktl.fi

Koti koetaan useimmiten tärkeäksi ja turvalliseksi paikaksi. Kuitenkin suurin osa tapaturmista sattuu kotona. Joka päivä Suomessa sattuu yli 2000 vammaan johtavaa kotitapaturmaa. Koti- ja vapaa-ajantapaturmien seurauksena kuolee noin 2100 ihmistä vuosittain. Selvitysten mukaan kotona ja vapaa-aikana tapahtuneita tapaturmia pidetään usein pieninä kolhuina, joiden sattumista ei voi estää. Tekeväälle sattuu ja rapatessa roiskuu. Näin ei kuitenkaan tarvitse olla. Ainakin joka toinen tapaturma olisi ehkäistävissä. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista arvioidaan aiheutuvan yhteiskunnalle jopa lähes 4 miljardin euron kustannukset vuosittain.

Kotitapaturmien ehkäisykampanjan tavoitteena on koti- ja vapaa-ajan tapaturmien vähentäminen. Kampanjan keskeisin toiminta-alue on jo yli kymmenen vuoden ajan ollut tukea paikallisten toimijoiden tapaturmien ehkäisytyötä. Tapaturmien torjunta on tuloksellisinta silloin, kun ehkäisytyötä toteutetaan yhteistyössä eri hallinnon alojen ja toimijoiden kesken. Yhteistyön kautta kunnassa voidaan tapaturmien ehkäisy juurruttaa osaksi arkityötä kaikilla hallinnon aloilla ja kansalaispiireissä.

Turvallisuusteko 2005 –kilpailu on käynnissä. Kampanja myöntää palkinnon merkittävälle koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyä edistäneelle toteutukselle tai alkavalle toiminnalle. Palkinnon myöntämisessä otetaan erityisesti huomioon toteutukset, joilla on edistetty tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisyn yhteistyötä kunnassa. Palkinto on 5 000 euroa. Turvallisuustekoehdotukset on lähetettävä 8. huhtikuuta 2005 mennessä osoitteeseen: Joona Vuorenpää, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Bulevardi 28, PL 214, 00121 Helsinki tai joona.vuorenpaa@vakes.fi. Turvallisuusteko-palkinnon saaja julkistetaan Valtakunnallisena tapaturmapäivänä, perjantaina 13. toukokuuta 2005.

Lisätietoa kampanjasta ja aineistotilaukset: www.kotitapaturma.fi

VIII Terve Kunta -päivien posterinäyttelyyn osallistujat

Tekijä

Alavudenseudun terveydenhuollon ky
Diakonia-ammattikorkeakoulu

Elämäntapaliitto
Forssan seudun terveydenhuollon kty
Helsingin ammattikorkeakouluk
Stadia
Jyväskylän amk

Jyväskylän amk

Jyväskylän amk

Jyväskylän kaupunki

Järviseudun seutukunta

Kansanterveyslaitos

Kauhajoen terveyskeskus

KTV ry.

Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry
Kuopion yliopisto
Kymenlaakson amk/HYTKES
Mikkelin amk
Mikkelin amk/Savonlinna

Närpes stad
Oulun seudun amk
Oulun seudun amk
Oulun seudun amk
Oulunkaaren seutukunta

Seinäjoen amk
Stakes

Stakes
Stakes
Stakes
Stakes
Stakes

Stakes
Suomen Kuntaliitto

Suomen Kuntaliitto
Suupohjan seutukunta

Terve Kuopio
Turun ja Itämeren alueen Terveet
Kaupungit
UKK-instituutti

Valtakunnallinen mini-
interventioprojekti/Tampereen

Abstraktin nimi

Terveys 2015 Kuusiokuntiin
Arjen mielenterveystyö -hankkeen avulla kunnat ja
seurakunnat yhteistyöhön
Vanhemmuuden voimaa
Seudullinen oppilashuollon kehittämishanke
Koululaisten terveys ja toimintakyky -hanke

Hyvinvointikertomus poikkihallinnollisena
yhteistyönä Muuramessa ja Keuruulla
IVA-ennakkoarviointi Muuramen ja Jyväskylän
ammattikorkeakoulun yhteistyönä
Koulutusta ja tukea hyvinvointia koskevaan
päättöksentekoon kunnan luottamushenkilöille
Salapoliisi Sapere ja KoeKeittiö - Lasten
päivähoidon ravitsemuskasvatushanke
Järviseutu Terve Kunta -verkoston uutena
jäsenenä
Kotitapaturmien ehkäisykampanja ja
Turvallisuusteko -julistus
Mielenterveystyön alueellinen verkostymalli -
hanke
Kestilän kunnan toiminnan tuloksellisuuden
arviointijärjestelmän kehittämishanke
Ikäihmisten kuntoutusneuvola
Otetta oppimiseen - Oppiva terveyskeskus -hanke
Nettineuvonta
Alueellinen alkoholistrategia (AleAlko)
HYVOKE -Hyvinvointiosaamisen kehittäminen
Etelä-Savon kuntien päätöksenteossa ja
johtamisessa
TEJO-processen i Närpes stad
Seksuaaliterveyden virtuaaliopinnot
SOTEOSAAJA 2000-luvulle projekti
Työhyvinvointi luotsaa liikkumaan (TYLLI) -hanke
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen
Oulunkaaren seutukunnissa ja Vaalan kunnassa
Ryhti pysyy ja pitää!
Kansallinen ITSE-hanke apuvälineosaamista ja -
palvelujen kehittämistä
Kouluterveyskyselyn toteuttaminen vuonna 2004
Kouluterveyskyselyn tuloksista toimintaan
SOTKANet-indikaattoripankki
Terve Kunta -verkosto
Terveyden edistämisen paikalliset rakenteet ja
johtaminen (TEJO)
Vaihtoehtojen tarkastelu päätöksenteon apuna
Ehkäisevä kotikäynti - tuki vanhuksen kotona
selviytymiselle -kehittämishanke
Kasvatus tulevaisuuteen
Suupohjan seutukoordinaattori -hanke osana
paikallista aluekeskusoikeudellista
Terve Kuopio -ohjelma
Itämeren alueen kaupunkien terveysprofiili
Hoito- ja toimintasuositukset
terveyskeskustoiminnan kehittämisessä
Alkoholien riskikuluttajien tunnistamisen ja
neuvonnan kehittäminen

Tulevia valtakunnallisia koulutustilaisuuksia

TERVE-SOS 2005, Sosiaali- ja terveysalan koulutus- ja messutapahtuma

Teema	Ehjä elämä
Aika ja paikka	25.–26.5.2005, Holiday Club Caribia, Turku
Järjestäjä	Stakes, Turun kaupunki ja Helsingin Messut Oy
Lisätietoja	www.stakes.fi/tervesos Stakes/suunnittelija Päivi Simanainen, puh. (09) 3967 2436, s-posti: paivi.simanainen@stakes.fi Stakes/projektipäällikkö Anna Keto-Tokoi, puh. (09) 3967 2074, s-posti: anna.keto-tokoi@stakes.fi

X KOULUTERVEYSPÄIVÄT

Tarkoitus	Päivillä esitellään kouluterveydenhuoltoon liittyvien tutkimus- ja kehittämishankkeiden tuloksia ja kokemuksia sekä keskustellaan ajankohtaisista teemoista.
Aika ja paikka	22.–23.8.2005, Jyväskylän yliopisto
Järjestäjä:	Stakes ja Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitos
Lisätietoja	www.stakes.fi/kouluterveys Stakes/projektisihteeri Annikka Sinkkonen, puh. (09) 3967 2173, s-posti: annikka.sinkkonen@stakes.fi Stakes/erikoistutkija Minna Räsänen, puh. (09) 3967 2636, s-posti: minna.rasanen@stakes.fi

IX TERVE KUNTA -PÄIVÄT

Tarkoitus	Päivillä esitellään tuloksia ja kokemuksia terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämishankkeista kunnissa ja seutukunnissa.
Aika ja paikka	25.–26.1.2006, Paasitorni, Helsinki
Järjestäjä:	Stakes ja Suomen Kuntaliitto
Lisätietoja	www.stakes.fi/hyvinvointi/khs/tkpaivat Stakes/projektisihteeri Sari Kautto, puh. (09) 3967 2309, s-posti: sari.kautto@stakes.fi

Stakes/projektipäällikkö Maija Ritamo, puh. (09) 3967 2084,
s-posti: maija.ritamo@stakes.fi

Vielä ehtii tehdä ehdotuksen TERVE-SOS-palkinnon saajasta - aikaa 31.3.2005 saakka!

Ehdotuksen TERVE-SOS-palkinnon saajasta voi tehdä näin: Jos tiedossasi on ansiokas tutkimus- ja kehittämishanke, toimintayksikkö tai muu vastaava, tee lyhyt, vapaamuotoinen kuvaus sen ansioista ja perustelut palkitsemiselle. Lisäksi voit liittää mukaan ehdotusta esittelevää materiaalia.

Palkintona on

- ammatillisiin tarkoituksiin osoitettava 2 000 euron rahapalkinto ja
- kunniakirja.

TERVE-SOS -palkinto on Stakesin TERVE-SOS-tapahtumassa jakama tunnustus poikkeuksellisen onnistuneelle, esimerkilliselle tai valtakunnallisesti merkittäväälle tutkimus- ja kehittämis- tai ko-keiluhankkeelle. Tänä vuonna palkitsemisen edellytyksenä on yhteys tapahtuman teemaan: "Ehjä elämä". Väljästi tulkiten huolenpidon, hoivan ja hoidon uudenlaiset ja uudelleen käyttöön otetut kehittelyt tukevat teemaa.

Lähetä ehdotus perusteluineen 31.3.2005 mennessä osoitteella: Stakes, projektipäällikkö Maija Ritamo PL 220, 00531 Helsinki tai sähköposti: majja.ritamo@stakes.fi

Fram till 31.3.2005 går det att lämna in förslag till mottagare av TERVE-SOS-priset!

Finns det ett förtjänstfullt forsknings- eller utvecklingsprojekt, en verksamhetsenhet eller motsvarande som du vill uppmärksamma? Beskriv i så fall kortfattat dess förtjänster och motivera en prisbelöning. Du kan också bifoga material, i vilket den föreslagna prismottagaren presenteras.

Priset består av

- en prissumma på 2 000 euro avsedd att användas för yrkesmässiga ändamål och
- ett diplom.

TERVE-SOS-priset delas ut av Stakes i samband med evenemanget TERVE-SOS till ett särskilt lyckat, förebildligt eller nationellt betydelsefullt forsknings-, utvecklings- eller pilotprojekt. I år förutsätts det att projektet har en koppling till evenemangets tema: "Ett fullt liv". Fritt tolkat omfattas ny praxis och praxis som åter tagits i bruk inom omsorg, omvårdnad och vård av temat.

Sänd förslaget med motiveringar före den 31 mars 2005 till postadressen Stakes, projektchef Maija Ritamo, PB 220, 00531 Helsingfors, eller till e-postadressen majja.ritamo@stakes.fi.